

Aus der Neuro-Psychiatrischen Klinik
der Johannes Gutenberg-Universität zu Mainz

Erwin Stengel, Leben und Werk.

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Nikolaus Diether
aus Leimersheim

Mainz 1974

Aus der Neuro-Psychiatrischen Klinik
der Johannes Gutenberg-Universität zu Mainz

Erwin Stengel, Leben und Werk.

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Nikolaus Diether
aus Leimersheim

Mainz 1974



Digitized by the Internet Archive
in 2026



Fachbereichsdekan : Professor Dr. Fischer

Referent : Professor Dr. Peters

Coreferent : Professor Dr. Rieger

Inhaltsübersicht

Erwin STENGEL, Leben und Werk	S. 1
Zur Kenntnis der Triebstörungen und der Abwehrreaktionen des Ichs bei Hirnkranken	S. 6
Aphasiestudien	S. 14
Weitere klinisch-pathologische Studien (1927- 1938)	S. 24
STENGELS Zeit in England (Seine bisher nicht erwähnten Arbeiten dieser Zeit)	S. 27
Neurosen und Psychosen	S. 34
Selbstmord und Selbstmordversuch	S. 41
Zur Psychoanalyse und Lehre der Psychiatrie	S. 55
Literatur	S. 63

ERWIN STENGEL wurde als Sohn von MARKUS STENGEL und FRANZISKA STENGEL am 25. März 1902 in Wien geboren. Sein Vater war jüdischer Religionslehrer in Wien gewesen. Er war 1860 in dem jetzt zu Russland gehörigen Teil von Gallizien geboren, wanderte als junger Mann nach Deutschland aus und kam unter den Einfluss des berühmten protestantischen Bibelgelehrten FRANZ DELITZSCH (1813 - 1890), der als der bedeutendste Exeget des alten Testaments im 19. Jahrhundert gilt, nach Leipzig.

STENGELS Mutter stammte aus dem Sudetenland und gebar zwei Paar Zwillinge. STENGEL gehörte zu dem zweiten, um 14 Monate jüngeren Zwillingspaar. FRANZISKA STENGEL starb 1934 und MARKUS STENGEL starb 1940 im KZ.

In Wien verbrachte ERWIN STENGEL seine Kindheit in einem ruhigen, geordneten Familienleben. Doch war seine Kindheit durch den Ersten Weltkrieg schwer gestört. In Wien besuchte STENGEL auch die Schule und absolvierte sein Medizinstudium an der Wiener Universität.^a

In seinem Artikel des Jahres 1967 über den Psychiatrieunterricht in England erinnert er an seine Studienzeit : "Als ich Student an der Wiener Universität war (1920 - 1926) bestand der Unterricht in der Psychiatrie in eindrucksvollen Vorlesungen, in denen entweder typische Fälle demonstriert wurden, wie bei WAGNER- JAUREGG, oder atypische wie bei PÖTZL. Der Student gewann von diesen Vorlesungen einen mehr oder minder dramatisierten Einblick in die Psychiatrie als Spezialfach. Für den künftigen Psychiater waren sie oft recht interessant, besonders die von PÖTZL."¹²⁷ Die Wiener Universität hatte während STENGELS Medizinstudium nur einen Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie, während es zu Beginn des Jahrhunderts 2 Lehrstühle gegeben hatte, einen für Neurologie/Psychiatrie unter MEYNERT und einen für Psychiatrie unter KRAFT- EBING.

Zu welchem Zeitpunkt und aus welchen Gründen beschloss STENGEL Psychiatrie als Fachrichtung zu wählen? Die Antwort auf diese Frage gibt er uns selbst

in seinem Vortrag über den Fortschritt in der Psychiatrie, gehalten anlässlich seiner Wahl zum Präsidenten der Medizinisch- Psychologischen Gesellschaft auf dem 126. Jahrestreffen in Sheffield im Juli 1966. "Ich erinnere mich nicht mehr genau, wann ich beschloss, mich in Neurologie und Psychiatrie zu spezialisieren, aber es muß ziemlich früh zu Beginn der klinischen Semester gewesen sein. Möglicherweise war ich beeinflusst von dem Ruhm der Wiener Psychiatrie; denn in diesen Tagen war eine Erregung in der Wiener Psychiatrie, die ihren Gipfel 1926 erreichte, als WAGNER- JAUREGG, der damalige Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Neurologie, den Nobelpreis für Medizin erhielt. (Er ist der einzige Psychiater geblieben, dem diese Ehre zuteil wurde.)¹²⁶

In seinem letzten Studienjahr war STENGEL Demonstrator im Institut für Gehirnforschung. Dort vollendete er zwei pathologisch- anatomische Studien, die wegen ihrer nicht geringen Bedeutung hier Erwähnung finden sollen. In seiner ersten Arbeit zur Pathologie der Ganglienzellen bei Hirnblutung führte STENGEL eine pathologisch- histologische Untersuchung von 15 Fällen frischer Blutung infolge Gefäßrupturen durch. Die durch die Blutung zerstörten Ganglienzellen waren mit einem braunen Pigment gefüllt. STENGEL gelang es zu zeigen, daß dieses Pigment eine Formalinreaktion der Ganglienzellen ist, die nachweist, daß in die Ganglienzellen ein Fremdstoff eingedrungen ist, der den Tod der Zelle, oder zumindest die Einstellung ihrer physiologischen Funktionen zeigt. "Ein Anteil, jedoch nicht der einzige Stoff dieses Fremdstoffes, ist das Hämoglobin. Seine Bedeutung liegt darin, daß man es nachweisen kann."²

In der zweiten Studie sucht STENGEL die Frage nach nervösen Verbindungen der Hypophyse mit dem Zwischenhirn mit Hilfe rein anatomischer Methoden zu beantworten. Aufgrund der gewonnenen Befunde an Hunden- und Katzenhirnen konnte STENGEL feststellen, daß die Ganglienzellen des Zwischenhirns Nervenfasern in den Hinterlappen der Hypophyse entsenden. Die Fasern der Hypophyse nehmen ihren Ursprung aus kleinen, medial gelegenen, spindelförmigen Zellen am Boden des 3. Ventrikels und aus einer paarigen,

im lateralen vordersten Anteil des Tubercinereum liegenden Zellgruppe, die dem von den meisten Autoren als nucleus supraopticus beschriebenen Kern nicht angehört. Der nucleus supraopticus wird als Ursprungsstätte eines Teiles der in die Neurohypophyse gelangenden Fasern aufgefaßt. Auch in einer Zellgruppe, die medial dem Tractus opticus anliegt, entspringt eine Anzahl dieser Fasern. - Diese Arbeit STENGELS bringt wichtige anatomische Erkenntnisse. Beide Arbeiten bieten eine Ergänzung zu dem Arbeitsgebiet VON ECONOMOS, der zu dieser Zeit STENGELS Lehrer war. VON ECONOMO hatte die klassische Beschreibung der Encephalitis lethargica gegeben und erforschte, als STENGEL Demonstrator bei ihm war, gerade die zelluläre Architektur der Cortex cerebialis. Unter VON ECONOMOS Leitung führte STENGEL bis 1930 morphologische und cytoarchitektonische Studien über den Bau der unteren Frontalwindung bei Normalen und Taubstummen durch.¹⁹ Auch diese Arbeit bildet eine Fortführung und Ergänzung der VON ECONOMO gesetzten Grundlagen. Die Studie zeigt, entgegen den bisherigen Auffassungen, daß zwischen Arealen und Windungsgrenzen der Gehirnoberfläche keine Beziehung besteht, daß zumindest für bestimmte Teile der unteren Frontalwindung derartige Beziehungen in gesetzmäßiger Weise auftreten. Außerdem kann STENGEL nicht die von vielen Autoren an der Broca'schen Stelle festgestellte Häufung großer Zellen feststellen, die in Beziehung zur Sprachfunktion stünden.

Über den Beginn seiner ärztlichen Laufbahn schreibt STENGEL: "Die Konkurrenz, einen Posten zu erreichen, war hart. Es gab ein Überangebot an jungen Ärzten wie nie zuvor in diesem Land. Nach der Studienzeit konnte man keine weitere Qualifikation erreichen. Wie konnte damals ein junger Doktor seinen Eifer zeigen? Nur durch harte Arbeit und durch Forschung, als unbezahlter Assistent, gewöhnlich in der Anatomie und Pathologie des Nervensystems."¹²⁶ So war auch STENGELS erstes Forschungsgebiet wie oben gesehen die vergleichende Anatomie.

Seine sehr gründliche neurologische Ausbildung erhielt STENGEL bei GERSTMANN. Doch der Mann, der den größten Einfluss auf STENGEL ausüben sollte, war PAUL SCHILDER. "Er war der brillianteste unter meinen Lehrern. Er hat

mich mehr beeinflußt als alle anderen. Die 3 Jahre, die ich mit diesem bemerkenswerten Mann zusammenarbeitete, hatten eine große Wirkung für mich und in den seltenen Augenblicken, in denen ich so etwas wie eine neue Idee hatte, so konnte ich dies auf SCHILDERS Einfluss zurückführen. Leider ging SCHILDER schon 1929 nach New York, wo er bald einen mächtigen Einfluss auf die Psychiatrie ausübte. Ich traf ihn das letzte Mal im Jahre 1935 auf dem Internationalen Kongress der Neurologie in London".¹²⁶ Welche Verehrung STENGEL für SCHILDER empfand, geht aus seinem Nachruf für PAUL SCHILDER im Jahre 1940 hervor, als SCHILDER mit 44 Jahren an den Folgen eines Autounfalls starb. STENGEL wurde von SCHILDER immer wieder als Mitarbeiter herangezogen und veröffentlichte eine Anzahl von Arbeiten gemeinsam mit SCHILDER, so "Das Krankheitsbild der Schmerzasymptholie" (1928, 1930, 1931) und die genaueren Untersuchungen der "athetotischen Bewegungen bei Tabes dorsalis". Andere Arbeiten STENGELS entstammen der Anregung SCHILDERS oder entstanden unter seiner Anleitung. So zeigen vor allen Dingen seine umfangreichen Studien über Sensibilitätsstörungen bei Hirnkranken, abgesehen von den mit SCHILDER gemeinsam veröffentlichten Arbeiten, deutlich dessen Handschrift.

2 Jahre nach STENGELS Eintritt in die Klinik der Wiener Universität, trat WAGNER- JAUREGG nach 25jährigem Vorsitz der Psychiatrisch- Neurologischen Klinik in den Ruhestand. Ihm folgte PÖTZL, der durch seine Studien über Aphasien und Agnosien schon sehr bekannt war. Er und SCHILDER waren besonders an den psychiatrischen Symptomen interessiert, die durch Hirnschädigungen veranlaßt werden und besonders an solchen Charakteristika, die sie mit psychogenetischen Symptomen gemeinsam hatten. Beide zogen jüngere Kollegen zu ihren Arbeiten heran, unter ihnen STENGEL. So lagen die Arbeiten STENGELS der Jahre 1927 - 1930 mit hauptsächlichem Schwerpunkt auf den Forschungsgeschichten VON ECONOMOS, GERSTMANNs und SCHILDERS, während die Jahre 1930 bis 1938, dem Jahre seiner Auswanderung, die Arbeiten STENGELS mit dem Einfluss von PÖTZL brachten.

Wir können also sagen, daß ERWIN STENGELS Wiener Zeit sich in 2 Abschnitte in seiner Ausbildung und in seinem Schaffen unterteilen läßt : Zu-

nächst in einen neurologischen (mit dem Schwerpunkt auf dem Gebiet der Neuropathologie in den ersten Jahren) und dann in einen psychiatrischen Abschnitt. Die psychiatrische Schaffensperiode der Zeit in Wien war – wie wir später noch sehen werden – sehr auf das Spezialgebiet PÖTZLS, die Aphasien, ausgerichtet. Doch wenden wir uns zunächst dem ersten Arbeitsabschnitt STENGELS zu, den ich nach STENGELS eigenem Vorschlag, anlässlich eines Vortrages am 10. Januar 1934 in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, unter folgendes Hauptthema stellen möchte : Arbeiten zur Kenntnis der Triebstörung und der Abwehrreaktionen des Ichs bei Hirnkranken.

Zur Kenntnis der Triebstörungen und der Abwehrreaktionen des Ichs bei Hirnkranken³⁷

1. Die Reaktionen des Ichs bei Störung der rezeptiven Funktionen.

Die Erforschung der Störungen im Bereich des Wahrnehmungsapparates, also des sensiblen und sensorischen Systems, beginnt STENGEL 1927 mit seiner rein physiologischen Überprüfung der taktilen Bewegungs- und Scheinbewegungswahrnehmung bei Kranken mit gestörter Oberflächensensibilität.³ Diese Arbeit war notwendig als Vorstufe zur Erforschung der obigen Problemstellung, da bisher umfassende, systematische, klinische Untersuchungen dieser Art fehlten. STENGEL stellte fest, daß Patienten mit gestörter Oberflächensensibilität bogenförmige Scheinbewegungen einer Richtung bevorzugt wahrnehmen. Dieses Phänomen sei ein Ausdruck der Primitivität und zeige Parallelen zu den Wahrnehmungsfehlern, die beim Gesunden bei gestörter Aufmerksamkeit entstehen. Die Studie bildet eine Vorarbeit für das erste große Forschungsgebiet STENGELS, das er 1928 in Angriff nahm und das ihn bis heute immer wieder beschäftigt hat :

Das Problem des Schmerzes innerhalb der Psychiatrie.

Vor SCHILDER und STENGEL hatten sich schon viele Psychiater mit dem Schmerzproblem befaßt, beginnend bei MAUDSLEY im Jahre 1895. SCHILDER und STENGEL befaßten sich 1928 zum ersten Mal mit dem Schmerzproblem, wobei sie eine Patientin vorstellten, die auf Schmerzreize nicht normal reagierte.⁶ Obwohl die Patientin Schmerzen empfand, schätzte sie diese nicht richtig ein. Auch eine Schmerzdrohung, wozu insbesondere starke optische und akustische Reize gezählt wurden, konnte sie nicht richtig auffassen. Sie bot häufig ihre Glieder den Schmerzen geradezu dar. Die Störung reichten die Autoren zu den Asymbolien ein und schufen den Begriff der Schmerzasympolie. Die anatomische Lokalisation der Störung sahen SCHILDER und STENGEL in einer Schädigung des Lobus parietalis inferior, unmittelbar hinter der hinteren Zentralwindung gelegen, im vorderen Anteil des Gyrus supramarginalis. Die Schmerzasympolie wäre also keine Empfindungsstörung im eigenen Sinne, sondern eine Störung im Aufbau der Schmerzwahrnehmung und ein Lokalsymptom wie zum Beispiel die Symptome der Agnosie oder Aphasie.

Im Jahre 1931 können SCHILDER und STENGEL ihre Annahmen anhand von 11 Fällen mit Schmerzasympolie bei Krankheiten verschiedener Genese bestätigen.²⁰ Die Studien umfassen pathologisch- anatomische Beschreibungen und genaue histologische Untersuchungen von 3 Fällen. Zusätzlich gehen die Autoren auf die Beziehung zwischen Schmerzasympolie und sensorischer Aphasie ein. Die sensorische Aphasie wird als Grund dafür angesehen, daß das Symptom der Schmerzasympolie bisher nicht beachtet wurde.

In einem Fall reiner Worttaubheit (= sensorische Aphasie) gelingt es HEMPHILL und STENGEL 1940 auf die gleiche Beziehung zur Schmerzasympolie hinzuweisen. Gemeinsam ist der Schmerzasympolie und der Worttaubheit das Fehlen der Fähigkeit, eine angemessene Antwort auf einen Reiz der Außenwelt zu geben.

Nach fast 25jähriger Pause greift STENGEL in England das Schmerzproblem wieder im Jahre 1953 auf. Er unternimmt umfassende Untersuchungen zusammen mit OLDHAM und EHRENBURG (Veröffentlichung 1955 und 1958).^{93/102} Diese Untersuchungen betrachtet STENGEL 1964 in seinem Vortrag "Schmerz und der Psychiater",¹²³ gehalten aus Anlaß des 39. Maudsley Lecture. Er nimmt darin zu allen seinen bisherigen Arbeiten auf diesem Gebiet selbst kritisch Stellung und gibt einen allgemeinen Überblick über die Forschung und die vertretenen Meinungen hierzu. Die mit Hilfe des Statistikers EHRENBURG von STENGEL getesteten Patienten in einer großen und gemischten Population (54 Frauen, 43 Männer), zeigen Unterschiedlichkeit der Schmerzerdungung. Den Hauptgrund für diese Unterschiedlichkeit schreiben die Autoren einem Faktor zu, den sie als "Erkennbare Reaktionsfähigkeit" bezeichnen.

In ihrer Studie des Jahres 1958 überprüfen die gleichen Autoren schließlich die Reaktion von Schwachsinnigen auf Schmerzen.⁹³ Vorher bestand weitgehend die Auffassung, daß diese Patienten ein weitgehend mangelhaftes Gefühl für Schmerz hätten. Die Autoren können diese Meinung nicht bestätigen und können zeigen, daß Schwachsinnige eine normale Anzahl von Unterschiedsgraden in ihren Reaktionen auf Schmerz zeigen. Stark geistig gestörte Menschen, mit Neigung zu Selbstzerstörung und Selbstverstümmelung, die offensichtlich ohne Schmerzgefühl zu sein scheinen, antworten nur geringfügig

weniger auf abgestufte äußere Schmerzreize als andere geistig gestörte Patienten.

STENGELS Studien, über die vorausgehend kurz berichtet wurde, beschäftigen sich hauptsächlich mit Reaktionen psychisch gestörter Menschen, auf äussere Schmerzreize, deren Krankheitsursache eine organische Läsion des Gehirnes war. Der praktizierende Psychiater beobachtet Schmerz jedoch oft als ein Symptom bei einer Geistesstörung, die keine organische Ursache hat. Zur Freude STENGELS befaßten sich 2 seiner jüngeren Kollegen, MERSKEY und SPEAR 1967 während seiner Zeit in Sheffield mit Problemen des Schmerzes bei psychiatrischen Krankheiten. In seiner letzten Veröffentlichung 1970 über das Schmerzproblem in der Psychiatrie "Schmerz und psychische Krankheit",¹³³ befaßt sich STENGEL mit dem Vergleich zwischen psychogenem Schmerz und Schmerz, der aufgrund organischer Ursachen entsteht. Auf dem Grund der epidemiologischen und phänomenologischen Untersuchung des Schmerzes als Symptom einer psychischen Krankheit in einer psychiatrischen Population, (durchgeführt von DEVINE, R. und MERSKEY, H. : Die Beschreibung des Schmerzes bei psychiatrischen Patienten und bei Patienten der Allgemeinpraxis), diskutiert STENGEL den geistigen Mechanismus, der dem psychogenen Schmerz unterliegt. Mit folgender Meinung STENGELS finden seine Studien über das Problem des Schmerzes ein vorläufiges Ende :

"Die psychologischen und psychiatrischen Aspekte des Schmerzes, der den Menschen widerfährt, können nicht durch physiologische Methoden erforscht werden, die hauptsächlich mit Tierexperimenten ausgeführt werden."¹³³

Eine Sonderstellung im Bereich des Wahrnehmungsapparates, dessen Störungen wir oben schon teilweise besprochen haben, bildet die Verarbeitung jener Reize, die vom eigenen Körper in das Zentralorgan gelangen. Diese Reize werden propriozeptive Reize genannt, zum Unterschied von den über die Außenwelt orientierenden exterozeptiven Reizen. Die Verarbeitung der propriozeptiven Reize erfolgt normalerweise unbewußt. In bestimmten Krankheitsfällen lösen derartige exterozeptiven Reize oder propriozeptiven Reize ungewöhnliche Reaktionen des Ichs aus. 2 solcher Fälle beobachtet STENGEL 1933. (Diese Studie gehört eigentlich nicht mehr zu STENGELS neurologischen Arbeiten, sie ist

rein psychoanalytischer Natur, doch soll sie hier eingereiht werden, weil sie besser zum Gesamtthema paßt.)

STENGEL stellt zunächst einen Fall von Akromegalie vor mit Traumerlebnissen, die die charakteristischen Körperveränderungen widerspiegeln. Die Traumarbeit besteht in einer Abspaltung der als fremd empfundenen und abgewehrten Teile des Körper-Ichs.³⁰ Den Traum der Patientin ordnet STENGEL den Körperreizträumen zu. Als zweiten Fall stellt STENGEL einen Fall mit leicht cerebellaren Symptomen vor, wobei außerdem eine Bewußtseins-trübung mit Pseudohalluzinationen auftrat. Die Patientin zeigte ein Entfremdungsgefühl (- sie empfand ein Auseinanderfallen des Körpers in zwei Hälften -), eine Selbstbeobachtungstendenz und Traumzustand.

Den beiden Fällen war gemein, daß im Zustand veränderten Bewußtseins der eigene Körper in abnormer Weise erlebt wird. Die Erlebnisse der Patientin im veränderten Bewußtseinszustand enthielten Hinweise auf Art und Sitz der Hirn-erkrankung. STENGEL spricht die Vermutung aus, daß das Studium derartiger Erlebnisse in manchen Fällen wichtige diagnostische Hinweise erbringen könnten, die der normale Bewußtseinszustand nicht bieten kann. "Die beiden Fälle demonstrieren die komplexen Abwehrreaktionen des Ichs bei Störung bestimmter Funktionen des Wahrnehmungsapparates durch eine Hirnkrankheit. - Es handelt sich hier um Reaktionen des Ichs auf Widersprüche zwischen verschiedenen, zum Teil durch die Hirnkrankheit entstandenen oder abgeänderten Empfindungen und um mißglückte Versuche des Ichs, das Gefühl der Einheit des Organismus wieder zu finden."³⁷

Das Problem der Sensibilitätsstörung erforscht STENGEL 1928 noch anhand von 120 untersuchten Fällen (darunter 90 Patienten mit Tabes dorsalis) in anderer Hinsicht. Ihn interessiert die Klinik und die Pathogenese der Spontanbewegungen, insbesondere die pseudoathetotischen Spontanbewegungen, die gleichzeitig eine Sensibilitätsstörung aufweisen. STENGEL unterscheidet 3 Arten von nicht passageren Spontanbewegungen, die Beziehungen zur Sensibilitätsstörung aufweisen.

30 : S. 567

37 : S. 547

1. Die pseudoathetotische Spontanbewegung mit mehreren Untergruppen.
2. Spontane Lageveränderungen der oberen Extremitäten.
3. Ticartige Zuckungen der mimischen Muskulatur.

Alle diese Spontanbewegungsarten sind nach STENGEL nicht nur Ausdruck von Fehlleistungen des sensiblen Systems, sondern Ausdruck von Schädigungen im Bereich des extrapyramidalen Systems. Die pseudoathetotischen Spontanbewegungen entstehen durch direkte oder indirekte Thalamusschädigung; sie sind daher nach STENGEL zu den "zentralen" Spontanbewegungen zu rechnen. Durch Wegfall thalamopetaler Reize kommt es zu einer indirekten Schädigung des Thalamus, deren Folge das Freiwerden subthalamischer Mechanismen ist. Gleiches gilt für das Cerebellum. Die pseudoathetotischen Spontanbewegungen tragen nämlich auch eine cerebellare Komponente, wofür die Strecktendenz, die ja zur Symptomatologie der Kleinhirnerkrankung gehört, spricht. Die Tatsache, daß ein Streckreflex, nämlich die Stützreaktion, die bei Kleinhirnerkrankungen beschrieben wurde, auch bei Chorea und Athetose gefunden werden kann (PARKER und STENGEL 1928)⁵ scheint diese Annahme zu stützen.⁸ Auch für das Entstehen der ticartigen Zuckungen ist neben einer Schädigung des Strio-Pallidums der Wegfall zentripetaler Impulse verantwortlich. Spontanbewegungen ohne Störung der Sensibilität führt STENGEL ausschließlich auf Erkrankungen des extrapyramidalen Systems zurück. Das Ergebnis der Studie bildet der Versuch einer Einteilung der Spontanbewegungen bei Krankheiten, die Sensibilitätsstörungen aufweisen.

Ähnliche Verhältnisse wie bei den endogenen Empfindungen bei Gehirnerkrankungen finden wir bei Reaktionen von Schizophrenen auf eine physische Krankheit. 3 solcher Fälle stellten STENGEL und HEMPHILL 1940 vor und konnten feststellen, daß eindrucksvolle psychotische Reaktionen auf eine physische Störung folgten, die in einer lokalen Unterbrechung der Körperoberfläche bestand.⁵⁹ Der Inhalt der psychotischen Reaktion war in jedem Fall die Inkorporation der Gegenstände der Außenwelt in den Patienten mittels eines Durchbruchs durch die Körperoberfläche. Die Autoren sehen diese psychotische Reaktion im Zusammenhang mit dem Verlust der Stabilität der Grenzen

des Ichs in schizophrenen Zuständen und der Tendenz der Introjektion der äußeren Gegenstände. Dieser Verlust der Stabilität der Grenzen des Ichs machen den Schizophrenen empfindlicher für psychotische Reaktionen nach Schäden der Körperoberfläche.

2. Reaktionen des Ichs bei Störungen der Motilität

STENGELS Interesse wendet sich bei dem Problem der Störungen der Motilität nicht den Motilitätsausfällen zu, sondern den Erkrankungen, bei denen ein Zuviel an Motilität besteht. Insbesondere interessiert ihn die Erforschung von Zuständen, in denen das Ich zwar von der Motilität beherrscht wird, in denen es aber keine Bewußtlosigkeit zeigt. Solche Verhalten gibt es bei den Erkrankungen der motorischen Apparate der Stammganglien. STENGEL unterteilt die Erkrankungen der Stammganglien in akinetische und hyperkinetische Formen. Die akinetische Form bietet der Morbus Parkinson, der nach STENGEL eine fixierte Dauererregung ist, deren Ausdruck und Ziel die absolute Ruhe der Bewegungslosigkeit ist. Die Funktionen des Ichs seien hierbei auf ein Minimum reduziert.

Bei den Erkrankungen der motorischen Apparate der Stammganglien komme es bei den Kranken zu einer Entmischung von Destruktions- und Sexualtrieben, sodaß man die Destruktionstriebe isoliert studieren kann. So treten bei den Kranken verschiedene triebhafte Dranghandlungen auf, die STENGEL als Äußerungen des Todestriebes ansieht. In den verschiedenen Anfallstypen, deren motorische Abläufe sämtliche Charakteristika einer Triebhandlung zeigen, sieht STENGEL insbesondere instruktive Beispiele für die Bedeutung der Destruktionstriebe bei diesen Kranken.

Mit einem Typus von Anfällen hat sich STENGEL wiederholt beschäftigt, weil er die Reaktionen des Ichs während des Anfalles ergründen läßt. Diese Anfälle sind die sogenannten Blickkrämpfe, die "gegenüber dem epileptischen Anfall den Vorteil haben, daß sie ohne Bewußtseinsverlust ablaufen und die Möglichkeit geben, die psychischen Vorgänge in diesem Zustand, in dem das Ich von der Motorik überwältigt wird, zu studieren."³⁷ In den Jahren 1928¹⁰ und 1930¹⁵ stellte STENGEL 4 Fälle von postencephalitischem Blickkrampf vor

und beschäftigte sich eingehend mit diesem Phänomen. STENGEL konnte feststellen, daß die kalarische Erregbarkeit des Vestibularapparates im Blickkrampf fehlte oder wesentlich herabgesetzt war. Der Anfall konnte medikamentös nur mit Paraldehyd beherrscht werden, Medinal und Luminal versagten. Die Wirksamkeit von Paraldehyd führte STENGEL auf den Angriffspunkt dieses Medikamentes zurück, der in der Großhirnrinde liegt, die ja bei Postencephalitikern kaum geschädigt ist. Anhand der Fälle 2 und 3 gelang es STENGEL zu zeigen, daß eine Beziehung besteht zwischen dem Mechanismus des Blickkrampfes und der Tätigkeit vegetativer Zentren. Bei der 3. Patientin gelang es sogar durch Hypnose Blickkrämpfe und Fieberattacken zu verhindern, was STENGEL auf eine Beziehung zwischen Blickkrampf, Schlaf und Traumzuständen schließen läßt. Diese Annahme findet ihre Bestätigung in einem weiteren Fall mit postencephalitischem Blickkrampf, den STENGEL 1930 vorstellt. "Der Blickkrampf und der ihn ablösende Schlafzustand bilden ein einheitliches, krankhaftes Geschehen, das zum Teil als Ausdruck der Schädigung jener Hirngebiete zu betrachten ist, deren Intaktheit die Bedingung für die normale Funktion des Augenmuskelapparates und des Schlafens ist."¹⁵

Eine genauere Betrachtung von 6 weiteren Fällen mit postencephalitischem Blickkrampf im Jahre 1934 zeigt, daß diese Anfallsart nicht nur Beziehung zum epileptischen Anfall hat, sondern auch zum manisch-depressiven Irresein. Die Patientin zeigte nämlich neben Angst und Zwangsgedanken eine depressive Stimmungslage. STENGEL gelingt es zu zeigen, "daß die Triebgrundlage der psychischen Zwangsphänomene bei Hirnkranken dieselbe ist wie bei Zwangsneurotikern, wenn auch die Genese der Triebstörung grundsätzlich verschiedener Art sein mag."³⁸ STENGEL stellt die Hypothese auf, daß aufgrund dieser Beziehung zwischen Hirnkranken und Zwangsneurotikern gewisse Probleme der Zwangsneurose durch die Untersuchung von Hirnkranken gelöst werden können.

15 : S. 452

38 : S. 247

Mit dem Vortrag STENGELS am 10. Januar 1934, gehalten in der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung, geht dessen 2. Schaffensabschnitt, der sich hauptsächlich um die Erforschung der Reaktionen des Ichs bei Hirnkranken bemühte, vorläufig zu Ende. Wie wir gesehen haben, greift STENGEL in späteren Jahren nochmals Teilgebiete dieses Forschungskomplexes wie zum Beispiel das Problem des Schmerzes wieder auf, doch verschiebt sich der Schwerpunkt der Forschungen STENGELS nach 1934 in andere Gebiete.

Aphasiestudien

Nach den Arbeiten im neurologischen und pathologischen Institut unter VON ECONOMO zusammen mit SCHILDER, wandte sich STENGEL wegen einer Lehranalyse an das psychoanalytische Institut der Universität. Er hatte dabei nicht die Absicht praktizierender Psychoanalytiker zu werden, sondern nur das Interesse an den psychoanalytischen Methoden veranlaßte ihn zu diesem Schritt. Seine Lehranalyse dauerte nur ein Jahr. STENGELS Lehranalytiker waren T. REIK und E. HITSCHMANN, seine Kontrollanalytiker waren HELENE DEUTSCH und WILHELM REICH.^a STENGEL kommentiert seine Lehranalyse folgendermaßen: "Hierzu soll Sir AUBREY LEWIS bemerkt haben: "STENGEL ist nur kurz eingeführt worden". Für mich jedenfalls war dies eine unschätzbare Erfahrung und ich wünschte, daß es für die jungen Psychiater von heute möglich wäre, eine kürzere Ausbildung statt der ganzen Lehranalyse zu haben." ¹²⁶

Als STENGEL seine psychiatrische Laufbahn begann, hielt FREUD keine Vorlesungen mehr, aber er gab regelmäßige Seminare bei sich zu Hause, an denen STENGEL öfter teilnahm. FREUD war damals schon über 70 Jahre alt. Über seine Begegnungen mit FREUD schreibt STENGEL: "Ich mußte ihm (FREUD) eine Zeitlang über einen meiner Patienten Bericht erstatten, woran er sehr interessiert war. Ich erinnere mich noch lebhaft an diese Seminare, insbesondere an des Professors lebhafteste Anteilnahme. Ich war auch sehr beeindruckt von dem großen persönlichen Interesse, das er meinen Patienten gegenüber zeigte." ¹²⁶ Schon aus diesem Zitat kann man erkennen, wie groß STENGELS Verehrung gegenüber FREUD ist; dies zeigen auch seine Erforschung von FREUDS Aphasiestudie und seine spätere Übersetzung dieser Aphasiestudie ins Englische.

STENGELS Aphasiestudien, die neben seinen späteren Selbstmordforschungen sein Hauptforschungsgebiet waren, sind nicht ohne Bedeutung.^a Die Aphasiestudien seien daher in chronologischer Reihenfolge kurz erwähnt, wobei die umfassenden Studien des Jahres 1936 über die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Sprachstörung, die Habilitationsschrift STENGELS, besondere Beachtung finden sollen.

1931 beginnen STENGELS Aphasiestudien mit einem Beitrag zur Rückbildung der motorischen Aphasie, den STENGEL nach einem gehaltenen Vortrag im Jahre 1930 in Dresden auf der Jahresversammlung deutscher Nervenärzte veröffentlichte.²¹ STENGEL beschreibt 2 Fälle, bei denen durch eine akute Schädigung im Bereich des vorderen Teiles der Aphasieregion eine motorische Aphasie entstand, die sich innerhalb mehrerer Wochen zurückbildete. Bei der Rückbildung, die in Phasen erfolgte, zeigten bestimmte Teilleistungen häufig Besserung, bei gleichzeitigem Zurückbleiben oder Hemmung anderer Teilleistungen. Es kommt also zu Energieverschiebungen, die STENGEL als eine Art elastischer Betriebsumstellung des kranken Organes auffaßt. STENGEL will in dieser Studie zeigen, daß es nicht nur bei dauernder Schädigung, sondern auch bei akuter Schädigung nervöser Bestandteile zu Betriebsumstellungen kommt.

Das Jahr 1932 bringt die Veröffentlichung einer Studie STENGELS mit HANS BRUNNER von der Wiener Hals- Nasen- und Ohrenklinik über die Aphasie im Kindesalter, einem Fall von Wortstummheit bei linksseitigem otogenen Schläfelappenabszeß.²⁶ Den Autoren gelingt es zu zeigen, daß beim Kind im Gegensatz zum Erwachsenen eine einseitige Läsion des Schläfelappens ausreicht, um eine Wortstummheit hervorzurufen. Eine leichtere einseitige Schläfelappenläsion führt zu einer leichteren Form der Sprachstörung, dem Lallen. Daß die einseitige Läsion zur Sprachstörung ausreicht, erklären die Autoren mit der besonderen Vulnerabilität des in der Entwicklung steckenden Sprachapparates des Kindes. Der Fall ist außerdem ein Beweis für die Vermutung PÖTZLS, daß sich die sensorische Aphasie des Kindes gegenüber der motorischen Aphasie schwerer zurückbildet.

Die Seltenheit des Vorkommens der Leitungsaphasie, die geringe Zahl der beschriebenen Fälle und das Fehlen anatomischer Studien, veranlaßt STENGEL zur Beschreibung eines Falles von Leitungsaphasie im Jahre 1933, den er 2 Jahre hindurch klinisch beobachtet hatte.²⁸ STENGEL kann in seinen Untersuchungen die Auffassung anderer Autoren bestätigen, daß bei der Leitungsaphasie neben den Störungen der inneren Sprache eine Störung tieferer Schichten des sprachlichen Perzeptionsapparates anzunehmen sei. Die Patientin zeigte gute

Leistungen beim Assoziieren und die Tendenz in die Sphäre der gesuchten Worte oder Begriffe auszuweichen. Aufgrund dieser Beobachtung spricht STENGEL beim Aphasischen von einer relativen Erhöhung des Sphären- Bewußtseins. Neu an der Untersuchungstechnik STENGELS in diesem Falle war das systematische Benützen des Assoziationsexperimentes bei Aphasischen. STENGEL weist auf die Möglichkeit hin, anhand des Assoziationsexperimentes einen Einblick in den Umfang des Wortschatzes aphasischer Kranker zu gewinnen.

Die relative Erhöhung des Sphären- Bewußtseins bei Aphasischen kann STENGEL mit ZELMANOWICZ 1933 noch an einem Fall von polyglotter motorischer Aphasie feststellen.²⁹ STENGEL und ZELMANOWICZ stellten bei der Patientin Assoziationsexperimente an, bei denen die Patientin nicht nur ein Reaktionswort zu produzieren hatte, sondern alles sagen mußte, was ihr auf ein genanntes Reizwort einfiel. Beim Assoziieren zeigte die Patientin die besten Sprachleistungen, wobei sogar die bestehenden dysarthrischen Störungen und Interferenzerscheinungen der beiden Sprachen verschwanden. Der vorgestellte Fall stellte 1933 noch eine Besonderheit dar, da er zu den äußerst seltenen beschriebenen Fällen von polyglotter Aphasie mit einer Läsion im Bereich der vorderen Sprachregion gehört.

Das Jahr 1935 bringt einen Beitrag zur Lehre der transcortikalen Aphasien. Aufgrund der Beobachtung von 4 Fällen mit transcortikaler Aphasie findet STENGEL, daß diese Kranken die Fähigkeit besitzen, vorgesprochene Sätze fast automatisch und reflexartig sinnvoll zu ergänzen. Die transcortikalen Aphasiker sind besonders dazu im Stande, "vorgelegte Denkschemata infolge einer Identifizierung mit dem Gesprächspartner zu ergänzen."³⁹ STENGEL führt hier zum ersten Mal den Begriff der Identifizierung (FREUD) in die Aphasielehre ein, ein Begriff, der schon in der Normalpsychologie und der Psychopathologie sich als bedeutungsvoll erwiesen hat. Die beschriebenen Aphasiker bleiben in einer Phase stecken, die die erste Voraussetzung sprachlicher Verständigung mit den Mitmenschen ist. Mit der Besserung der sprachlichen Leistungen tritt die Fähigkeit zur Identifizierung gegenüber anderen selbstständigen Sprach- und Denkleistungen zurück.

1936 kehren PÖTZL und STENGEL zur weiteren Erforschung eines Problems zurück, mit dem sich STENGEL und SCHILDER schon 1928 beschäftigt hatten: Der Beziehung zwischen Leitungsaphasie und Schmerzasympolie.⁴² Die Autoren stellen eine genaue Untersuchung eines Falles von Leitungsaphasie kombiniert mit Schmerzasympolie vor und vergleichen ihre Befunde mit den bisher anatomisch untersuchten Fällen von LIEPMANN, PAPPENHEIM und GOLDSTEIN sowie STENGEL. Pathologisch-anatomisch handelt es sich bei dem untersuchten Fall um eine Läsion mit 2 großen Herdgebieten. Der linksseitige Herd, im Bereich der ganzen Sprachregion und des unteren Scheitellappens gelegen, ist spezifisch für die Entstehung der Leitungsaphasie und der Schmerzasympolie. Der rechtshirnige Herd hatte nach Meinung der Autoren keinen Einfluß auf das Bild der Leitungsaphasie und Schmerzasympolie. Die Autoren glauben, daß die Besonderheit des beschriebenen Falles darin liegt, daß er der erste ist, bei dem die Schmerzasympolie bei einem Rechtshänder typisch war, obwohl doppelseitige Herde in den unteren Scheitellappen bestanden hatten. Darüber hinaus bringt diese Studie eine Bestätigung der Erkenntnisse STENGELS früherer Jahre über die Beziehung der Leitungsaphasie und der Schmerzasympolie.

Im Jahre 1936 erscheint auch STENGELS Habilitationsschrift, seine in 4 Teilen abgefaßten "Studien über die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Sprachstörung." Inwieweit diese Studien für die Aphasieforschung von Bedeutung waren, mag dahingestellt bleiben, für STENGEL selbst sind sie von Bedeutung und noch 1964 greift er auf die Forschungsergebnisse dieser Arbeiten zurück. "Ich studierte diese Sprachbesonderheiten zum ersten Mal vor 30 Jahren und beschrieb sie in einer Reihe von Veröffentlichungen, die sich mit der Beziehung zwischen Geistesstörung und Sprachstörung befaßten. Seit damals habe ich sie wiederholt gesehen, auch andere Beobachter unabhängig von mir."¹²⁰ Die Studien seien deshalb hier etwas ausführlicher dargestellt und sollen auch chronologisch geordnet sein :

1. Zur Lehre von der Wortfindungsstörung und von der Paraphasie.

Diese Studie entstand nach einem Vortrag, den STENGEL im Verein für Psychiatrie und Neurologie am 12. Februar 1936 gehalten hatte.⁴⁶ Ausgehend

von der Fragestellung ob und in welcher Weise sicher nachweisbare allgemeine psychische Störungen die Sprachfunktion abzuändern im Stande sind, beschreibt STENGEL 6 Fälle mit Bewußtseinsstörungen verschiedener Genese. Diese Bewußtseinsstörungen äußerten sich in Schwerbesinnlichkeit und in einer erschwerten Einstellung auf die sprachliche Aufgabe. Bei ungestörtem Sprachverständnis war das sprachliche Verhalten aller Patienten bemerkenswert; es fiel durch Fehlbenennung, Perseveration und Neigung zur Wortneubildung auf. Die Form der bestehenden Aphasien bezeichnet STENGEL als "atypisch aphasisch" ^{46/1} oder (aufgrund der schweren Aufmerksamkeitsstörung bei den beschriebenen Fällen) als "aperzeptive Aphasie." ^{46/2} Die Kranken zeigten eine Einstellung zur sprachlichen Aufgabe, die STENGEL als Ausdruck eines herabgesetzten Sprachgewissens ansieht. Die sprachlichen Fehlleistungen der Patienten zeigten Ähnlichkeit

1. zu den Sprachleistungen Gesunder im Zustand der Ermüdung und Zerstreuung,
2. zu Sprachstörungen bei manisch-depressivem Irresein und
3. zu Sprachleistungen des Schizophrenen.

STENGEL hebt klar hervor, daß eine Verwandtschaft zwischen Schizophrenen und aphasischen Sprachstörungen besteht, doch lehnt er die Versuche anderer Autoren ab, die die Unterschiede zwischen schizophrenen und aphasischen Sprachstörungen einzig in normalen Denkvorgängen bei den Aphasikern und in gestörten Denkvorgängen bei den Schizophrenen sehen. Durch ihr herabgesetztes Sprachgewissen zeigen die Kranken Ähnlichkeit mit Kindern in der Zeit der Sprachentwicklung. Ähnlichkeit mit Kindern besteht besonders in der Art wie die Kinder ihre sprachlichen Fehlleistungen verteidigen und in der Häufigkeit von Echoreaktionen. Ähnliche Beziehungen zur kindlichen Sprachentwicklung zeigt auch die Schizophrenie.

STENGEL unterscheidet in seiner Studie nicht zwischen pseudoaphasischen und aphasischen Störungen und fordert einen Verzicht dieser Unterteilung. Er meint, daß man zu einem Verständnis der aphasischen Störungen nur kommen kann, wenn

46/1 : S. 151

46/2 : S. 157

man diese Störungen aus einer allgemeinen psychischen Grundstörung ableitet. STENGEL ist somit ein Befürworter der "ganzheitlichen noetischen Betrachtungsweise, deren Hauptvertreter GOLDSTEIN, BOUMANN und GRÜNBAUM, BINSWANGER und KRONFELD sind." ⁴⁶ Diese allgemeine psychische Grundstörung spielt nach Meinung STENGELS nicht nur für das Zustandekommen der beschriebenen atypischen Aphasien, sondern auch bei den typischen Aphasien eine Rolle.

Der Hauptinhalt dieser Studie liegt also in dem Aufzeigen von Beziehungen zwischen aphasischen und schizophrenen Sprachstörungen und bildet einen Beitrag zum Problem der Bedeutung psychischer Grundstörungen für die Entstehung typischer aphasischer Erscheinungen.

II. Zur Lehre von der paralytischen Sprachstörung : Das Syndrom Dysarthrie, Palilalie, Agrammatismus, Gesichtsapraxie. ⁴⁷

Das große Paralytikermaterial der Wiener Psychiatrischen Klinik hat es STENGEL ermöglicht, sich für seine Sprachstudien auf einen Typus von Fällen zu beschränken, in denen bei geringer Demenz eine Sprachstörung von großer Reinheit vorkommt, die die typische paralytische Sprachstörung in Vergrößerung repräsentiert. Im beschriebenen Fall von Lissauer'scher Herdparalyse und auch in weiteren 3 Fällen bestand ein Syndrom, das aus folgenden Einzelsymptomen bestand : Dysarthrie, Palilalie, Agrammatismus im Sinne des Telegramm- und Negerstils, Gesichtsapraxie. STENGEL zeigt, daß dieses Syndrom eine Verstärkung der typischen paralytischen Sprachstörung darstellt, das im Endstadium der Paralyse auch noch vorhanden ist, wenn auch nicht so rein und gut isolierbar. Die Paralytiker im Endstadium seien daher für eine Sprachanalyse nicht geeignet. Den Telegrammstil im Rahmen dieses Syndroms leitet STENGEL aus einer spezifischen Art der Sprachnot ab. Diese Sprachnot entstehe aus der Verbindung von motorischer, insbesondere apraktischer Erschwerung des Sprachaktes, der Tempobeschleunigung, die zur Sprachpulsion führt und der Palilalie. STENGEL sieht in der Ableitung des Agrammatismus aus einer Art der Sprachnot eine Grundlage für die Theorie des Agrammatismus.

III. Über die Sprachstörungen der Epileptiker.⁴⁸

In seiner 3. Studie beschreibt und analysiert STENGEL 5 Fälle von Sprachstörungen im postepileptischen Dämmerzustand. Die postepileptischen Sprachstörungen äußern sich vor allem in einer Verlangsamung des Sprechens, einer Neigung zur Echolalie, einer besonderen Weitschweifigkeit und einer Störung der Wortfindung. STENGEL befaßt sich vor allem mit dem häufigsten Symptom, der Wortfindungsstörung: Dem Kranken gelingt die Benennung jener Objekte, die eine dauernde Beziehung zu seinem Ich haben, oder zu denen eine solche Beziehung erlebnismäßig hergestellt werden kann (- so die Benennung eigener Körperteile und mittels Identifizierung die Benennung der Körperteile anderer Menschen -). In einer zusätzlichen Fallbeschreibung zeigt STENGEL die Gemeinsamkeiten der sprachlichen Fehlleistung der Epileptiker mit einem Fall von Delirium tremens. STENGEL ist der Meinung, daß es beim Epileptiker nach dem Anfall zu einer tiefgehenden Störung der Affektbesetzung, sowohl des eigenen Ichs, wie der Objekte der Außenwelt kommt. Die Wiederbesetzung erfolgt im postepileptischen, traumlosen Schlaf oder im Stadium der Schwerbesinnlichkeit. STENGEL glaubt, daß auch nach anderen Zuständen von Bewußtlosigkeit im Stadium der Schwerbesinnlichkeit, welches sich zwischen Bewußtseinsverlust und Bewußtseinsklarheit einschaltet, die gleiche Art von Wortfindungsstörungen festzustellen sind. Im Stadium der Rückbildung der Wortfindungsstörungen besetzt der Epileptiker immer mehr periphere Teile der Außenwelt. Diesen Vorgang erlebt er als "Wiederentdeckung der Außenwelt." ^{48/1} "Während der Gesunde, der ein Wort nicht finden kann, und der amnestisch Aphasische die Störung als die Beeinträchtigung einer bestimmten umschriebenen Fähigkeit - *facultas signatrix* - empfinden, erlebt der epileptisch Kranke seine Störung als den Ausdruck mangelnder Beziehung zu den Dingen." ^{48/2} STENGEL weist auch darauf hin, daß die Bevorzugung der Benennung der Objekte, die dem Ich zugehören, keine allgemeine Störung bei Hirnkranken darstellt. Als Beweis erinnert er an das Gerstmann'sche Syndrom, bei dem gerade das Erkennen und Benennen bestimmter Körperteile gestört sei.

^{48/1} : S. 196

^{48/2} : S. 191

STENGELS Hauptanliegen dieser Arbeit ist es zu zeigen, daß zwischen der Änderung der sprachlichen Leistung und der Bewußtseinsstörung beim Epilektiker eine enge Beziehung besteht; daher sei es unumgänglich zum Verständnis der Sprachstörungen der Epilektiker, die jeweiligen Vorgänge an der Persönlichkeit zu studieren.

IV. Über Echolalie und verwandte Phänomene bei Idioten und Imbezilen.⁴⁹

STENGEL versucht in seiner letzten Studie über die Beziehung zwischen Geistesstörung und Sprachstörung anhand von 7 Fällen von Idioten und hochgradigen Imbezilen Beziehungen zwischen der Schwachsinnigen-Sprache und der Aphasie herzustellen. Es ist sein Verdienst als erster unter den zahlreichen Beschreibern der Idiotensprache eine systematische Studie über diese Beziehungen unternommen zu haben, wobei er insbesondere Ähnlichkeiten in der Echolalie der Idioten und Imbezilen und der Echolalie der transcortikalen Aphasien aufzeigt. Die Hauptidee STENGELS liegt darin, daß er für das Entstehen der Echolalie 2 Faktoren für nötig befinden kann, die vorher noch nicht beachtet worden sind :

1. Die charakteristische Beziehung der Echolalie zur Gesprächssituation,
2. Die Fähigkeit echolalierender Kranker zum sinngemäßen Ergänzen.

Deutlicher als beim Aphasiker tritt beim echolalierenden Idioten die Beziehung zwischen der Echolalie und dem Sprachverständnis hervor. Auch beim Imbezilen kann STENGEL zeigen, daß das sinngemäße Ergänzen und das Echolalieren eng miteinander verknüpft sind. Beide Phänomene seien Primitivphänomene und kein Erziehungsprodukt. In der Fähigkeit zum sinngemäßen Ergänzen und in dem Vergnügen dieses auszuführen, sieht STENGEL beim Schwachsinnigen einen Weg zum Erlernen der Sprache. Ausgehend weist STENGEL noch auf die Ähnlichkeit der Imbezilen-Sprache mit der Sprache des Kindes in seiner Sprachentwicklung hin.

Die zitierten Arbeiten über die Beziehung zwischen Geistesstörung und Sprachstörung bilden praktisch den großen Abschluß von STENGELS Aphasiestudien, die in den Jahren danach nur noch 4 kleine Ergänzungen finden sollen. Dabei bildet STENGELS letzte Aphasiestudie aus dem Jahre 1964, wie eingangs die-

ses Kapitels bereits erwähnt, nur eine Bestätigung der Studien von 1937, insbesondere des Artikels IV. In seinem Artikel "Die Psychopathologie der Demenz" ¹²⁰ diskutiert STENGEL noch einmal die Sprachbesonderheiten bei Idioten, die Ähnlichkeit der Idiotensprache mit der Sprache der Aphasiker, der Kinder im Stadium der Sprachentwicklung und der Gesunden bei Alkoholintoxikation.

Die 2. Aphasiestudie STENGELS während seines Aufenthaltes in England erscheint im Jahre 1945. Im Rahmen einer Reihe von Artikeln verschiedener Autoren über "Beobachtungen bei der Hypoglykämie" befassen sich STENGEL und MAYER-GROSS mit den unterschiedlichen Sprachstörungen bei diesem Krankheitsbild. ⁷²

1947 veröffentlicht STENGEL eine klinische und psychopathologische Studie über die Echoreaktionen. Die Echoreaktionen, die bei verschiedenen Krankheitszuständen beobachtet worden sind, haben nach STENGEL eine "grundlegende soziale Natur." ⁷⁵ Neben der pathologischen und physiologischen Betrachtung werden die Echoreaktionen von STENGEL vom Standpunkt der Gestalts-Psychologie aus analysiert, wobei letzteres Licht auf die formale und dynamische Bedeutung der Echoreaktionen wirft.

In der 4. englischen Studie befaßt sich STENGEL zusammen mit PATCH, I.C.L. mit 3 Fällen von "zentraler" Aphasie mit parietalen Begleitsymptomen. ⁹² Die Läsion der parietalen Gebiete können die Autoren in einem Fall durch die Autopsie in den beiden anderen durch Biopsie beweisen. Aufgrund ihrer Beobachtungen und vor allem der früheren Aphasiestudien STENGELS kommen die Autoren zu dem Schluß, daß das Syndrom, das man mit "zentraler" Aphasie beschreibt, sich infolge einer unvollständigen Aufnahme von Wortklängen und einer zusätzlichen Unfähigkeit die Aufmerksamkeit auf solche Wortklänge zu richten entwickelt. Anatomisch betrachten die Autoren die zentrale Aphasie als das Ergebnis einer Kombination einer unvollständigen Läsion der temporalen Aphasieregion mit ausgedehnten Störungen der benachbarten parietalen Gebiete.

Im Anhang an das Kapitel über die Aphasiestudien soll ein Vortrag STENGELS aus dem Jahre 1939 zu Beginn seiner Zeit in England erwähnt werden, der einen Beitrag zum Phänomen der Sprache im allgemeinen bildet, und sich mit dem Phänomen des Erlernens einer neuen Sprache befaßt.⁵⁶ 1939 war das Erlernen einer neuen Sprache für STENGEL ein Problem von besonderer Wichtigkeit, vor allem weil er als Psychoanalytiker seine Arbeiten in einem neuen Land fortsetzen mußte. STENGEL beschränkt sich in diesem Vortrag fast ausschließlich auf die Schwierigkeiten, die beim Erlernen einer neuen Sprache existieren. (Bedingt zum Teil durch die psychoanalytische Methode, die, wie er selbst sagt, die zerstörenden Faktoren zuerst sieht). STENGEL sieht beim Erlernen der neuen Sprache für den Erwachsenen hemmende Faktoren, die beim Erlernen einer Sprache für das Kind nicht existieren. Der Erwachsene werde sich stärker seines Überichs bewußt, was eine hemmende Wirkung auf die Sprachentwicklung hat. Ein weiterer Hemmfaktor ist nach STENGEL die Unfähigkeit des Erwachsenen, die entstehenden infantilen Situationen zu ertragen. Schließlich wirken die Furcht lächerlich zu erscheinen und eine gewisse Art von Scham nach einem gelungenen Satz in der neuen Sprache hemmend auf die Sprachentwicklung. STENGEL sucht den Ursprung der Furcht und der Scham im Exhibitionismus. All dies fehlt beim Kind, das darüber hinaus Freude an der zweiten Sprache empfindet. - Den Abschluß des Vortrages bilden eigene Erfahrungen STENGELS zu diesem Problem. Er erwähnt die Schwierigkeiten eines Psychoanalytikers, der die Sprache nicht richtig beherrscht. Doch vertritt er die Auffassung, daß ein Patient von einem Psychoanalytiker ohne perfekte Sprachkenntnisse auch sehr gut behandelt werden könne.

Soweit der Vorgriff auf eine Arbeit während STENGELS Aufenthalt in England. Aus seiner Zeit in Wien sollen noch einige wichtige Arbeiten, die unter den zahlreichen Fallbeschreibungen herausragen, kurz besprochen werden.

Weitere klinisch-pathologische Studien

(1927 - 1938)

Von den anderen Arbeiten STENGELS, die er noch in Wien veröffentlichte, sollen einige klinisch-pathologische Studien Erwähnung finden, die ihn längere Zeit hindurch, oder wiederholt beschäftigt haben. Hierzu gehören :

1. Seine Studie des Jahres 1932 : "Zur Klinik und Pathologie der Paralyse mit kolloider Degeneration" ²⁷ (Vorausgegangen waren eigene Studien und Studien zusammen mit HORN 1932 und 1930). ^{25/16}
2. Seine gemeinsamen Arbeiten mit ELSE PAPPENHEIM 1936 "Zur Kenntnis atypischer Wirkungen des Tabakrauchens bei Hirnkranken" ⁴¹, und 1937 "Zur Psychopathologie der Rauchgewohnheiten". ⁴⁵
3. Seine Studien mit ZELLERMAYER über das Problem der Leuchtgasvergiftungen der Jahre 1929 und 1937. ^{12/13/51}

1. Zur Klinik und Pathologie der Paralyse mit kolloider Degeneration

In einer kurzen Mitteilung, gehalten am 26. April 1932 im Verein für Neurologie und Psychiatrie in Wien und einer folgenden umfassenden Studie im Herbst des gleichen Jahres befaßt sich STENGEL mit obigem Problem. Er beschreibt einen Fall von progressiver Paralyse mit kombiniertem Tabes dorsalis mit atypisch - klinischem Verlauf. Die Obduktion ergab neben dem typischen paralytischen Prozeß eine kolloide Degeneration mit besonderer Anfälligkeit der Windungstiefen für die kolloide Ablagerung wie bei der Pick'schen Atrophie. Der Fall steht klinisch der Lissauer'schen Paralyse nahe, unterscheidet sich jedoch von dieser in der Art der Entwicklung der Herdsymptome. STENGEL sieht in der Beobachtung der Entwicklung und des Verlaufes der Herderscheinungen bei Fällen mit kolloider Degeneration eine Möglichkeit für die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber Fällen mit typischer Paralyse und Fällen mit Lissauer'scher Paralyse. Zur Ätiologie der kolloidalen Degeneration schreibt STENGEL : "Die kolloide Degeneration ist ein Krankheitsvorgang, der sich einem schon seit längerer Zeit bestandenen typischen paralytischen Prozeß aufpropft." ²⁷

2. 1936 : Zur Kenntnis atypischer Wirkungen des Tabakrauchens bei Hirnkranken

1937 : Zur Psychopathologie der Rauchgewohnheiten

Diese beiden Artikel bilden eigentlich einen Beitrag zur Kenntnis der Triebstörungen bei Hirnkranken. Die Untersuchungen der Autoren nehmen ihren Ausgang von einem Fall, bei dem anfallsweise ein unbezwingbares Rauchbedürfnis mit Triebhaftigkeit bestand. Die psychischen Erscheinungen in diesem Anfall ähnelten weitgehend denen in postencephalitischen Krampfständen und im Blickkrampf. Die Analyse des Verhaltens im Anfall ergab, daß dem Symptom eine pathologische orale Sucht zu Grunde lag. Die Autoren untersuchten Postencephalitiker, bei denen nicht einheitlich eine atypische Wirkung des Tabakrauchens festgestellt werden konnte. Ein weiterer Fall zeigte als erstes Symptom eines Hirntumors Schwindel und Schlafanfälle nach Tabakgenuß; ein Fall einer Psychose bei Basedow zeigte nach Tabakgenuß Reaktionen, die an Erscheinungen im Meskalinrausch erinnerten. Bei einem Fall von klassischer Pyromanie (1937)⁴⁵ können die Autoren nachweisen, daß beim Rauchen pyromane Tendenzen zum Teil befriedigt werden. Allen beschriebenen Fällen ist gemein, daß eine Schädigung des Mittelhirns angenommen werden kann. Aus dieser Gemeinsamkeit folgern die Autoren, daß bei einer Läsion im Bereich des Mittel- und Zwischenhirns pathologische Veränderungen der Rauchgewohnheiten zustande kommen können.

3. Leuchtgasvergiftungen

Den ersten Beitrag zu dem Problem der Leuchtgasvergiftungen leistet STENGEL 1929¹² mit der Beschreibung zweier Fälle von manisch-depressiver Erkrankung nach Leuchtgasvergiftung. STENGEL konnte zeigen, daß das nach einer Leuchtgasvergiftung entstehende Krankheitsbild gewisse Parallelen zu den psychischen Krankheitsbildern nach Encephalitis lethargica zeigte. Außerdem stellte er fest, daß für das Entstehen des Krankheitsbildes neben der Intoxikation prädisponierende Faktoren einen Anteil hatten. Die Beobachtung einer jungen Patientin mit "eigenartigen optischen Störungen nach Leuchtgasvergiftungen"¹³ im gleichen Jahr kann STENGELS obige Feststellungen bestätigen. Trotz zahlreicher Publikationen über die Symptomatologie nach Leuchtgasvergiftungen sehen ZELLER-

MAYER und STENGEL ihre Arbeit 1937 durch die Eigenart der Beobachtung gerechtfertigt. Der Fall zeigte neben einer Sprachstörung schwere Hyperkinesen, bei denen Wälzbewegungen, Opisthotonus und rhythmische Lauf- und Tretbewegungen im Vordergrund standen. Nach 5 Tagen trat eine Änderung des Gesamtzustandes ein, die sich in einer Abnahme der Bewegungsunruhe des Rumpfes und der unteren Extremitäten, und einer gleichzeitigen Zunahme der Bewegung der oberen Körperhälfte ausdrückte. 4 Wochen nach der Intoxikation hatten sich die Hyperkinesen völlig zurückgebildet und es blieb nur noch eine Sprachstörung. Durch die Heftigkeit, den extremen Umfang und den Charakter der Bewegungen der unteren Extremitäten, erinnerte dieser Fall die Autoren an einen von SCHILDER und STENGEL 1928 beschriebenen Fall von Tabes dorsalis mit athetoiden Bewegungen.⁷ Auch der Obduktionsbefund bei den CO-Vergiftungen ergab wie bei dem Fall von Tabes dorsalis eine symmetrische Erweichung im vorderen Pallidum. Im Gesamtbild der Bewegungsstörungen des Falles fanden ZELLERMAYER und STENGEL "neben und nacheinander unwillkürliche Bewegungen, die an Bewegungstypen erinnerten, die sowohl bei kortikalen wie bei cerebellären bzw. labyrinthären Läsionen beobachtet wurden. (Drehung um die Längsachse). Bewegungen, die Beziehungen zur Enthirnungsstarre zeigen, (Opisthotonus) Bewegungen, für deren Zustandekommen gleichfalls Funktionsstörungen mesencephaler Gebiete von Bedeutung sein dürften (Tret- und Laufbewegungen), neben typischen athetorischen Bewegungen und myoklonischen Zuckungen."^{51/1} "Der Charakter der Hyperkinesen und des phasenmäßigen Ablaufes der Rückbildung entsprach weitgehend der Eigenart jener Bewegungsstörungen, die nach Asphyxie des Gehirnes durch Erhängungsversuch beobachtet wurden."^{51/2} Die Fälle geben Gelegenheit, den phasenmäßigen Auf- und Abbau eines solchen hyperkinetischen Syndroms zu studieren und bieten eine Vergleichsmöglichkeit der Symptomatologie nach Leuchtgasvergiftungen mit der Symptomatologie nach Asphyxie des Gehirnes nach Schädigungen anderer Genese.

51/1 : S. 225

51/2 : S. 231

STENGELS Zeit in England

(Seine bisher nicht erwähnten Arbeiten dieser Zeit)

"STENGEL gehört zu der letzten Auswandererwelle deutschsprachiger Wissenschaftler, die nach dem Anschluß Österreichs an das Dritte Reich erfolgte. Er gehört der jüngeren Generation der Auswanderer an, die sich mit neuen Spezialgebieten im Ausland einen Ruf machen konnten, im Gegensatz zur älteren Generation, die ihr Spezialgebiet schon hatte und damit im Ausland nicht mehr viel erreichen konnte." ^b Wie viele andere deutsche Psychiater und Psychoanalytiker, unter ihnen MAYER- GROSS und GUDMANN, ging STENGEL nicht nach Amerika sondern nach England, da sich dort gerade eine Arbeitsmöglichkeit anbot.

Ein Mitstudent ERWIN STENGELS war MANFRED SAKEL. "Ich kannte ihn gut, schreibt STENGEL, er war kein herausragender Student, und niemand hätte vorauszusagen gewagt, daß er sich einen Namen in der Geschichte der Medizin machen sollte. SAKEL kehrte 1933 nach Wien zurück und es gelang ihm den Chef der Klinik zu überreden, den Insulinschock als Therapie für die Schizophrenie einzuführen. "Der Insulinschock gehört jetzt der Geschichte der Psychiatrie an, genau wie die Malariabehandlung für die progressive Paralyse." ^{126/1} schreibt STENGEL 1967 in seiner Ansprache als Präsident der Englischen Psychiatrischen Gesellschaft, einer Gesellschaft, die für STENGELS weitere berufliche Karriere nicht ohne Bedeutung war. Diese Bemerkung STENGELS über den Insulinschock stimmt nicht mehr, denn die Insulinbehandlung wird, nachdem sie vorübergehend wegen der Einführung der Neuroleptika verlassen worden war, wieder überall in modifizierter Form durchgeführt. STENGEL traf MANFRED SAKEL zum letzten Mal 1950 auf einem Kongress in Paris. Über diese Begegnung schreibt STENGEL : "SAKEL war ein unglücklicher, enttäuschter Mann. Sein Glaube an den Insulinschock war unerschüttert, und er fühlte, daß er nicht die verdiente Anerkennung erhalten hatte, und daß man ihn der Entdeckung der Insulinkomabehandlung beraubt hatte, die, wie er sagte, immer ein Teil seiner Behandlungsmethode gewesen war." ^{126/2} Wegen der in

126/1 : S. 4

126/2 : S. 5

Wien eingeführten Insulinschocktherapie kamen viele Ärzte aus dem Ausland, um diese Behandlungsart kennenzulernen. So lernte STENGEL durch die Insulinkomabehandlung ein Mitglied der Englischen Psychiatrischen Gesellschaft kennen, Dr. ISABEL WILSON, die später direkt vor STENGELS Wahl zum Präsidenten dieser Gesellschaft 1966, Präsidentin werden sollte. Dr. WILSON war vom "Board of Control" nach Wien geschickt worden, um die neue Behandlungsweise der Schizophrenie zu studieren und über sie zu berichten. Sie arbeitete mit einer schweizer Ärztin zusammen, die auch zum Studium der Insulinschocktherapie nach Wien gekommen war. Über seine Begegnung, er war damals schon Privatdozent an der Wiener Universität, mit den beiden Ärztinnen schreibt STENGEL: "Ich erinnere mich noch gut daran, als die beiden Damen mich zu einem Kaffee eingeladen hatten, nur um herauszufinden, was ich wirklich über die Insulinkomabehandlung dachte. Ich sagte ihnen, daß ich, da ich so nahe am Ort der Ereignisse wäre, nicht im Stande wäre, eine objektive Meinung zu haben, und daß ich wünschte, es möge in England möglich sein, den Ausgang der Schizophrenie bei einer behandelten und unbehandelten Gruppe, möglichst in verschiedenen Krankenhäusern zu vergleichen. 3 Jahre danach traf ich Dr. WILSON wieder, dieses Mal im Dorset House in Bristol, das sie als Beauftragte des Board of Control besuchte." ¹²⁶ Durch Dr. WILSON lernte STENGEL eine weitere bekannte Ärztin der Königlich- Medizinisch- Psychologischen Gesellschaft kennen, Dr. ELIZABETH CASSON. Dr. CASSON bot STENGEL und seiner Frau ANNA STENGEL, geb. KOHL, die er 1935 geheiratet hatte, als sie 1938 nach England kamen, ihre Gastfreundschaft an.

Vor seiner überstürzten Abreise aus Wien 1938 machte STENGEL noch einen Abschiedsbesuch bei WAGNER- JAUREGG, der auch Ehrenmitglied der Englischen Psychiatrischen Gesellschaft war: "Als ich ihm sagte, daß ich nach England ginge, fragte er: "Nach England? - Einen Augenblick." Er stand auf und suchte zwischen seinen Papieren. Er kam zurück mit der Ausgabe des Jahrbuchs von 1938 der Englischen Psychiatrischen Gesellschaft. "In England, sagte er, haben sie eine Menge Psychiater." Er bezweifelte, ob ich im Stande sei, dort leben zu können. Er war zuversichtlich, daß der politische Um-

bruch sicher bald vorüber sei, und daß ich sicher in Wien bleiben könnte. Politik war nicht sein stärkstes Gebiet, doch er war sicher nicht schlechter als die Mehrzahl der Berufspolitiker in jenen Tagen." 126

Die Auswanderung verlangte von STENGEL eine große Umstellung. Als er 1938 nach England kam, lernte er eine andere Art der Psychiatrie kennen, als die, die er in Wien gelernt hatte. So war z.B. die Psychiatrie in England völlig von der Neurologie getrennt. Doch STENGEL hatte das große Glück, einen großen Teil des Landes kennenzulernen und somit einen guten Teil der englischen Psychiatrie sowie ihre Entwicklung innerhalb der vergangenen 35 Jahre.

Bis 1941 war er als Psychiater in Krankenhäusern in Bristol und Exeter tätig. 1942 siedelte er nach Edinburgh um und wurde wissenschaftlicher Mitarbeiter in der dortigen Psychiatrie. Das Graylingswell Hospital in Chichester berief STENGEL im Jahre 1949 zum wissenschaftlichen Direktor. Darüberhinaus wurde er im gleichen Jahr beratender Arzt im Bethlem- und im Maudsley Hospital in London. Vor seiner Berufung nach Sheffield auf den neu gegründeten Lehrstuhl für Psychiatrie arbeitete STENGEL 7 Jahre lang am Psychiatrischen Institut der Universität London. 1954 wurde er Vorsitzender der Medizinischen Abteilung der Britischen Psychologischen Gesellschaft. 1957 - 1958 war er Präsident der Psychiatrischen Abteilung der Medizinischen Gesellschaft. (Jetzt ist er noch Ehrenmitglied dieser Gesellschaft.) Schließlich brachte das Jahr 1966/67 ihm den Vorsitz in der Englischen Psychiatrischen Gesellschaft, deren Mitglied er gleich nach der Einwanderung mit Hilfe von Dr. E. CASSON geworden war.

STENGELS hauptsächliche Arbeiten in England lassen sich in 3 Abschnitte gliedern :

1. Neurosen und Psychosen; Studien, die er schon in Wien begonnen hatte.
2. Seine Selbstmord- und Selbstmordversuchsuntersuchungen.
3. Die Entwicklung der Psychoanalyse mit Aufzeigen der Beziehungen zwischen englischer und deutscher Lehre und der Lehre der Psychiatrie heute.

Neben diesen 3 Hauptgebieten veröffentlichte STENGEL seit 1938 noch eine Reihe interessanter Arbeiten, die weder auf die Arbeiten seiner Wiener Zeit Bezug nehmen noch richtungsweisend sind für die späteren Forschungsgebiete. Die wesentlichsten Arbeiten sollen hier Erwähnung finden.

1941 stellen STENGEL und R.E. HEMPHILL einen Fall von Alzheimer'scher Krankheit vor⁶¹, dessen Besonderheit darin lag, daß er der erste beschriebene Fall war, bei dem eine vorwiegend gekreuzte cerebro- cerebellare Hemiatrophie vorlag. Die anatomischen Untersuchungen des Falles stützen die Theorien, die Veränderungen in der argentophilen nervösen Substanz als primäre Ursache für die degenerativen Prozesse bei der Alzheimer'schen Krankheit ansehen. 1943 folgt von STENGEL eine Studie über die Symptomatologie und die Differentialdiagnose der Alzheimer'schen Krankheit und der Pick'schen Krankheit.⁶⁴ Diese beiden Krankheiten werden hierbei zusätzlich abgegrenzt gegenüber der senilen Demenz und atypischen Zuständen, die im gleichen Lebensabschnitt sich entwickeln. Die Symptomatologie und die pathologisch-anatomischen Veränderungen werden anhand von 10 Fällen Alzheimer'scher Krankheit studiert. Zusätzlich wird ein Fall von Pick'scher Krankheit vorgestellt. STENGEL beschreibt als erster Beobachtungen, die in der Symptomatologie der Alzheimer'schen Krankheit zuvor nicht erwähnt wurden. Hierzu zählen der frühe Gedächtnisschwund, die partielle oder generalisierte Übererregbarkeit, emotionale Schwankungen sowie Sprachstörungen. Zwei nach STENGELS Meinung sehr wesentliche Symptome sind der Anstieg der motorischen Aktivität und das Fehlen von Schlafstörungen, was zur Differentialdiagnose mit der Zerebralsklerose, die durch Schlaflosigkeit charakterisiert ist, von großer Bedeutung ist. - Der berichtete Fall von Pick'scher Krankheit zeigte besondere Reaktionen auf Schmerzreize. Das Verhalten war gleich dem Verhalten, das SCHILDER und STENGEL 1931 als Schmerzasympolie bei Patienten mit Läsion des linken Lobus parietalis beschrieben hatten.²⁰ STENGEL versucht in seiner Studie, Unterschiede im Verhalten bei der Alzheimer'schen und Pick'schen Krankheit mit den Unterschieden der anatomischen Veränderung in Zusammenhang zu bringen.

1943 beschreiben E. STENGEL und M. T. PATERSON einen Fall von Seelenblindheit bei Lissauer'scher Herdparalyse, ein Symptom, das vorher nur bei Pick'scher Atrophie gefunden worden war.⁶⁶ Die Autoren sehen die Seelenblindheit als Reaktion auf einen chaotischen, visuellen Eindruck auf die Außenwelt und sie zeigen, daß der psychologische Mechanismus, dem die Seelenblindheit unterliegt, das Leugnen ist. Das Leugnen sei der primitive Weg, eine katastrophale Situation zu vermeiden. Andere psychoneurotische Reaktionen unterlägen ähnlichen Mechanismen.

1944 beschreibt STENGEL einen Fall, bei dem sich nach Gefäßverletzungen nach einer Eklampsie der Verlust einer räumlichen Orientierung, eine konstruktive Apraxie und ein Gerstmann'sches Syndrom mit Fingeragnosie, rechts-links Orientationsstörung, Agraphie und Acalculie entwickelten. Der Grund für die Fallbeschreibung war die Seltenheit des Verlustes der räumlichen Orientierung als voll ausgeprägtes Symptom. STENGEL zeigt in dieser Arbeit, daß "das Gerstmann'sche Syndrom und die konstruktive Apraxie sich von der gleichen Grundstörung ableiten, die dem Verlust der räumlichen Orientierung unterliegt."⁶⁶

Im gleichen Jahr untersuchten FITZGERALD und STENGEL die Vestibularisreaktion auf calorische Stimulation bei Schizophrenen.⁶⁹ Bei 50 Schizophrenen wurden abnorme Reaktionen festgestellt. Eine Besonderheit, die häufig beobachtet wurde, war eine beidseitige Deviation der Augen in Richtung der langsamen Phase des Nystagmus, was die physiologische Antwort des Reizes entweder schwächte oder aufhob. Diese Studie ist ausschließlich von physiologischem und neurologischem Interesse.

Die geringe Kenntnis der Symptomatologie und der Pathologie der "Jakob-Creutzfeld-Krankheit", eine der Demenzen im mittleren Lebensalter oder frühen Senium, die durch extrapyramidale Symptome und eine Zerstörung des Rückenmarks gekennzeichnet ist, veranlaßten STENGEL und WILSON 1946 zwei Fälle dieser Krankheit vorzustellen.⁷³ Die durchgeführten pathologischen Untersuchungen ergaben folgende neue Beobachtungen :

1. Das Vorhandensein seniler plaques.
2. Die Zerstörung der Substantia nigra.
3. Die Zerstörung der peripheren Nerven.

Im Hinblick auf die Art der pathologischen Befunde diskutieren die Autoren die Ätiologie der Jakob- Creutzfeld- Krankheit und sind der Meinung, daß es sich um eine Mangelkrankheit handelt.

1952 veröffentlicht STENGEL seinen Vortrag, den er am 12. Juli 1951 anläßlich des jährlichen Treffens der Englischen Psychiatrischen Gesellschaft in Dumfries gehalten hatte.⁸⁶ Dieser Vortrag vereint die Ergebnisse verschiedener Studien, die vorausgegangen waren.^{79/80} Als Direktor für klinische Forschung im Graylingwell- Hospital in Chichester führte STENGEL als erster Forscher eine Befragung von 330 Kranken durch, bei denen eine Leukotomie stattgefunden hatte. Sein Ziel war es, die Haltung der Patienten gegenüber der Leukotomie und ihre Folgen zu erforschen. Dazu führte er alle Befragungen selbst durch, um eine genaue Vergleichsbasis der Antworten zu haben. Der größte Teil der Kranken waren Schizophrene, also Kranke, bei denen STENGEL schon 1940 zusammen mit HEMPHILL zeigen konnte⁵⁹, daß eine Unterbrechung der Körperoberfläche, was ja bei jeder Operation der Fall ist, Wahnvorstellungen über die Grenzen des Ichs aufkommen läßt. Über 1/7 der 330 untersuchten Patienten hatte nicht registriert, daß sie operiert worden waren. STENGEL meint, daß die Gedächtnisschwäche allein hierfür keine Erklärung geben könne. Die Patienten sahen als Folge der Operation entweder eine Besserung ihres Krankheitszustandes, ein Gleichbleiben oder eine Verschlechterung. Die Verschlechterung machte den größten Prozentsatz aus. Der größte Prozentsatz zeigte jedoch eine positive Einstellung gegenüber der Operation selbst. STENGEL sieht in diesem Verhalten der Patienten eine sehr große Ähnlichkeit mit dem Verhalten der Patienten mit Anosagnosie. Diese Ähnlichkeit läßt STENGEL vermuten, daß die Unwissenheit über die Operation in diesen Fällen auch ein Nichtbeachten ähnlich wie bei der Anosagnosie ist. STENGEL spricht daher von einer "Unkenntnis der Operation". Eine weitere Ähnlichkeit zwischen Unkenntnis der Leukotomie und der Anosagnosie sieht STENGEL in der organischen Veränderung. Bei der Anosagnosie sind die Frontallappen befallen, die gleichen Hirnteile, deren Funktionen durch die Leukotomie eingeschränkt werden.

Das Jahr 1952 bringt außer der obigen Veröffentlichung den Beginn zu Studien, die die umfassendsten und fruchtbarsten in STENGELS Leben werden sollen, die Selbstmord- und Selbstmordversuchforschungen. Doch bevor ich hierauf eingehe, möchte ich noch die Arbeiten STENGELS über das Problem der Neurosen und Psychosen erwähnen, die in seiner Wiener Zeit begannen und die bis heute ihn ständig beschäftigt haben, mit dem Schwerpunkt in den 40iger Jahren.

Neurosen und Psychosen

Obwohl die Arbeiten STENGELS auf diesem Gebiet fast nur Fallbesprechungen mit Besonderheiten von mehr oder weniger großem Interesse darstellen und ohne Zusammenhang zu sein scheinen, möchte ich versuchen, diese Gruppe von Arbeiten nicht nur chronologisch aufzuführen, sondern soweit möglich, Zusammenhänge verschiedener Arbeiten aufzuzeigen. Der größte Teil der Artikel erschien in englischen Zeitschriften, doch findet man die ersten Beiträge zum Problem der Neurosen und Psychosen schon ab 1931.

STENGEL unterscheidet Neurose und Psychose mit FREUD symptomatologisch, wie wir in seiner Studie über "Grenzfälle zwischen Neurosen und Psychosen und deren Behandlung" aus dem Jahre 1938 lesen können.⁵³ STENGEL akzeptiert FREUD, der die Neurose als das Ergebnis eines Konfliktes zwischen dem Ich und den unbewußten Triebregungen, die Psychose als das Ergebnis einer Störung der Beziehungen zwischen Ich und Außenwelt definiert. Nach STENGEL kommt die Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen Neurose und Psychose u.a. daher, daß neurotische Symptome im Verlauf oder im Vorstadium mancher Psychosen auftreten. Zur Demonstration dieser Schwierigkeit stellt STENGEL einen Fall vor, der als Grenzfall zwischen Organneurose und Psychose aufgefaßt werden kann. Darüberhinaus befaßt sich STENGEL in seiner Studie mit der oft nicht leichten Differentialdiagnose zwischen Zwangsneurose und Psychose und betrachtet die Möglichkeit des Überganges von einer Zwangsneurose in eine Schizophrenie. STENGEL betrachtet die Gefahr eines Überganges zur Schizophrenie als nicht größer wie bei Gesunden. Die Differentialdiagnose zwischen Neurose und Psychose werde aufgrund des klinischen Gesamtbildes gestellt, wobei oft erst die Beobachtung des Verlaufes die endgültige Diagnose ermögliche.

Einige klinische Aspekte in der Beziehung zwischen Zwangsneurosen und reaktiven Psychosen erörtert STENGEL 1945⁷⁰ damals am Royal Edinburgh Hospital für Geistes- und Nervenkrankheiten tätig. Das Fallmaterial, das STENGEL vorstellt, besteht aus 14 Fällen, bei denen vor der Entwicklung des psychotischen Zustandes die Symptome einer Zwangsneurose vorhanden waren. STENGEL

zeigt, daß die depressiven Zustände, die bei Zwangsneurotikern auftreten, atypische Züge zeigen. Es gelingt ihm zu zeigen, daß bei Patienten in depressiven Zuständen, die mit Zwangssymptomen kombiniert sind, die aggressiven, destruktiven Zwangsvorstellungen und Triebhandlungen besonders vorherrschen. Dies bewirke eine besonders hohe Selbstmordgefahr solcher Kranken.

Zu den psychotischen Reaktionen bei neurotischen Patienten meint STENGEL, daß es gerechtfertigt sei, diese psychotischen Reaktionen als das Ergebnis des Zusammenbruches im Kampf gegen die Übermacht, aufzufassen, der der Patient früher mit Hilfe neurotischer Verteidigungsmechanismen zu begegnen versuchte. Bei den schizophrenen Patienten weist STENGEL darauf hin, daß die Psychose hier oft zu einem Freiwerden primitiver Triebe führt, die vorher mit Hilfe der Zwangssymptome unter Kontrolle gehalten wurden. STENGEL ist der Meinung, daß die zwanghafte Persönlichkeitsstruktur im Stande sei, die schizophrenen Reaktionen zu unterdrücken und zu verkümmern.

Die gleichen Erkenntnisse und Ideen STENGELS kehren wieder in einem Vortrag im Jahre 1947, den er auf dem Symposium über "Psychodynamik der Depression" auf dem Internationalen Kongress der praktischen Ärzte in London hält. In diesem Vortrag über die klinischen Beobachtungen der psychodynamischen Beziehung zwischen Depression und Zwangssymptomen⁷⁶ befaßt sich STENGEL jedoch besonders mit den Zwangssymptomen im Verlauf einer Depression und der Frage, inwieweit sich die Depression, die sich auf dem Boden einer Zwangsneurose ausbildet, von dem typischen depressiven Zustand unterscheidet. STENGEL stellt fest, daß die zwanghafte Persönlichkeitsstruktur einen mildernden Effekt auf den Mechanismus der pathologischen Depression ausübt.

Der erste Beitrag STENGELS zu der Problematik der Neurosen, ist die 1931 erschienene Arbeit, in der STENGEL ein Patientenehepaar beschreibt, bei dem die Frau an einer Zwangsneurose, der Mann an Eifersuchtsparanoia erkrankt war.²³ STENGEL versucht die Beziehungen der beiden Krankheitsbilder festzustellen und sucht nach der Erklärung, welche Mechanismen psychisch kranke Menschen, trotz des Widerstandes der Umwelt, zu ihrem eigenen Un-

glück in schicksalhafter Weise aneinanderketten. Die vorgestellte Patientin entwickelte und steigerte sogar ihre zwangsneurotischen Symptome, als sie ein Verhältnis mit einem unter Paranoia leidenden Mann einging. Bei dem paranoiden Mann andererseits, wurde insbesondere durch den Geständniszwang der Frau die Wahnkrankheit provoziert. Die Bindung der beiden Menschen ist nach STENGELS Meinung bestimmt von ihren krankhaften Strebungen. Außerdem käme sie zustande durch die Verwandtschaft der beiden Krankheitsformen. Der Fall von Paranoia gehöre, nach STENGEL, prognostisch in die Reihe der induzierten und reaktiven Krankheiten, die jedoch eine gute Prognose hätten.

Zum Problem der Psychotherapie der Neurosen in der Klinik nimmt STENGEL in einer Arbeit 1933 Stellung.³² Er ist der Auffassung, daß Neurosen nicht in einer Psychiatrischen Klinik therapiert werden sollten. Eine Ausnahme bildet die Behandlung der sehr kleinen Gruppe von Neurotikern, bei denen die Schwere der Krankheit die Behandlung in einer Anstalt unumgänglich macht. Um einer klinischen psychotherapeutischen Behandlung einen Erfolg zu geben, müsse der behandelnde Arzt in den Augen des schweren Neurotikers unbedingt souverän sein. Eine Vorbedingung hierfür ist, daß der Arzt und der Patient sich nicht auf der gleichen Krankenhausabteilung befinden. Zur Verwirklichung dieser Forderungen schlägt STENGEL vor, daß die Behandlung der internierten Neurotiker vom psychotherapeutischen Ambulatorium der Wiener Universität übernommen werden sollte. Außerdem fordert er eine häufigere, lege artis angewandte Psychoanalyse für solche schweren Neurosen.

Zu den Neurosen, die nicht in der Klinik behandelt werden sollen, gehöre z.B. die Examensangst. Die Zahl der Studenten, die an Examensangst leiden, ist sehr groß, die durch eine Examensangst dauernd aus ihrer Bahn geworfen werden, ist sehr klein. Die Zahl der unter Examensangst Leidenden ist bei weiblichen Prüflingen kleiner als bei männlichen. Nach STENGEL reicht die Bedeutung der Prüfung weit über das Interessengebiet der Studenten hinaus. Dies ist mit ein Grund, weshalb er am 4. Juni 1936 im Akademischen Verein für Medizinische Psychologie einen Vortrag über "Prüfungsangst und Prüfungsneurose"⁴⁰ hält. STENGEL fühlte sich kompetent für den Vortrag mit diesem Thema, obwohl er 1936 schon Oberarzt und Dozent war, weil er lange als

jüngerer Arzt Studenten zur Prüfung vorbereitete und die psychoanalytische Behandlung einiger Studenten durchführte, die neurotische Schwierigkeiten hatten. STENGEL ist der Meinung, daß eine Prüfung niemals alleine von der Vernunft diktiert sein kann, sodaß die "Prüfungsangst", als Signal einer realen Gefahr nicht pathologisch ist. Das neurotische Verhalten des Prüflings kann entstehen aus folgenden Gründen :

1. einer Projektion der Kind- Vater- Situation auf die Prüfungssituation,
2. einem Haß gegen die Eltern, die an dem Gelingen der Prüfung besonders interessiert sind,
3. einer Angst vor dem Hervorbrechen abnormer Triebregungen,
4. einer unbewußten perversen Neigung zu masochistischem Verhalten gegen den Willen des Ichs.

Das neurotische Verhalten des Prüfers, das STENGEL für sehr gefährlich hält, kann entstehen aus folgenden 3 Gründen :

1. einer grundsätzlichen Verachtung des Prüflings,
2. einem Narzißmus (der Prüfer will den Prüfling so haben, wie er selbst ist und prüft nur sein spezielles Fachgebiet),
3. einer Identifizierung des Prüfers mit dem Prüfling.

STENGEL weist schließlich daraufhin, daß das neurotische Verhalten des Prüfers krankhafte Reaktionen beim Prüfling provozieren kann.

Ein neurotisches Verhalten besonderer Art, das relativ häufig gewesen zu sein scheint und das STENGEL mit dem Begriff "Luftangriffsphobie" benennt, diskutiert er während des Zweiten Weltkrieges 1944 in England anhand von drei Fällen.⁶⁸ Er konnte feststellen, daß in jedem Fall sich die Luftangriffsphobie aus einer schon zu Friedenszeit bestehenden Agoraphobie und Klaustrophobie entwickelt hatte. Spezielle pathogenetische Bedeutung hatte eine bestimmte Art von traumatischen Erlebnissen zusammen mit einer ungünstigen emotionalen Beziehung zu den nächsten Verwandten. Auffallend war, daß die Patienten alle der mittleren Lebensaltersgruppe angehörten, die durch den Ersten Weltkrieg schon traumatisch besonders vorgeschädigt war. Die Fälle beweisen, daß das Ansteigen der unbegründeten Furcht unabhängig ist von dem Anstieg der tatsächlichen Gefahr.

Psychosen besonderer Art beobachtet STENGEL 1958 zusammen mit ZEYTLIN und RAYNER : die postoperativen Psychosen.¹⁰¹ Die Autoren studierten 80 Fälle von Geistesstörungen, die nach einer Operation aufgetreten waren, aus klinischer und statistischer Sicht. Die Typen der postoperativen Geistesstörungen waren ähnlich der Wochenbettpsychosen der Frauen. Eine der wesentlichen Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit war die Feststellung, daß chirurgische Komplikationen oder der Gebrauch von Anaesthetica keine ätiologische Bedeutung für die postoperativen Psychosen hatten.

Nach seinen eingangs des Kapitels erwähnten Studien über die Zwangsneurosen und ihre Beziehungen zur Schizophrenie und zur Depression der Jahre 1938, 1945 und 1947 befaßt sich STENGEL nochmals 1951 mit diesem Problem.⁸⁴

Doch geht er neben der Frage der Diagnosestellung auch auf die Probleme der Behandlung solcher Zwangszustände ein. STENGEL ist der Meinung, daß bei schweren Zwangsneurosen die einzige operative Behandlung die Leukotomie sei, wobei man die mögliche Persönlichkeitsänderung in Kauf nehmen müsse. Die Elektroschocktherapie sei von geringem Nutzen bei den schweren Zwangsneurosen. Für die Behandlung der leichteren Zwangsneurosen gelte immer noch sein Vorschlag früherer Jahre, nämlich eine psychotherapeutische Behandlung außerhalb der Klinik.

Eine Sonderstellung innerhalb STENGELS Arbeiten über neurotische und psychotische Zustände nehmen seine "Studien über die Psychopathologie der Wanderlust" ein. Beginnend mit einem vorläufigen Bericht 1939 über die Ergebnisse seiner Arbeiten, die er 1933 begonnen hatte, veröffentlicht STENGEL 1941 und 1943 Fallbeschreibungen zu diesem Forschungsgebiet. Als Folge einer Untersuchung von 22 Patienten, überwiegend Frauen, kommt STENGEL 1939⁵⁵ zu ersten Ergebnissen, die man folgendermaßen kurz umreißen könnte : Die Patienten hatten alle eine ernsthafte Störung während ihrer Entwicklung in ihrer Kind- Eltern- Beziehung. Hereditäre Momente spielten, wie vorher von anderen Autoren angenommen, bei der Entwicklung der Krankheit keine primäre Rolle. Es besteht eine Beziehung zwischen der Wanderlust, den endogenen Depressionen und der Epilepsie. Die Patienten haben im Zustand der Wanderlust jede Form der Selbsterhaltungsfunktionen aufgegeben, sodaß auch ein erhöh-

tes Selbstmordrisiko bei ihnen besteht. (Letztere Feststellung beschäftigt STENGEL in späteren Jahren wieder im Rahmen seiner Selbstmordforschungen.)

Weitere Feststellungen, die zur Erforschung der Ätiologie der "fugue states", deren Hauptsymptom die periodisch auftretende Wanderlust ist, beitragen sollen, bringt die Vorstellung von 25 Fällen mit diesem besonderen Zustand im Jahre 1941.⁶² Nur bei männlichen Patienten findet STENGEL die Neigung durch Rationalisierung und Sublimierung dem irrationalen Wanderzwang zu widerstehen. Es gibt keine Erklärung, weshalb gerade Männer diese Fähigkeit haben. Einen bedeutenden Faktor für die Entwicklung der "fugue states" sieht STENGEL in einer konstitutionellen oder erworbenen Tendenz, in verschiedenen Verwirrungsarten mit einer Alteration des Bewußtseins zu reagieren. Möglicherweise sei das Verhalten der Patienten während der "fugue states" auf einen Rückfall auf das kindliche Niveau zurückzuführen. Die Studie 1943 bringt neben weiteren Fallvorstellungen den Versuch den Begriff der "Fuge" neu zu definieren und die Beschreibung eines Falles mit Wanderlust, in dem die Patientin die Entwicklung und den zugrunde liegenden Geisteszustand selbst beobachtet und anhand eines Tagebuches festgehalten hatte.⁶⁵

STENGELS Studien über die Psychopathologie der Wanderlust geben mögliche Erklärungen von zwei Problemen, die von allgemeinem Interesse sind :

1. Die möglichen Konsequenzen eines Abbruches des Familienlebens bei Kindern und
2. den psychologischen Hintergrund bestimmter Fälle von Desertation vom Militärdienst.

Außerdem lassen die Ergebnisse dieser Studien STENGELS eine Erklärung bestimmter Verhaltensweisen bei normalen Menschen zu. Oft tritt auch bei Gesunden der Wunsch das Heim zu verlassen periodisch auf, und vielleicht liegen bei Menschen mit einem starken Abenteuertrieb und einem starken Verlangen danach, in fremde Länder arbeiten zu gehen, die gleichen psychologischen Mechanismen vor, wie bei der Wanderlust.

Die Transformation eines Selbstmordimpulses in dem Impuls zu wandern, konnte STENGEL anhand einiger Fälle beweisen. Offensichtlich nimmt die Wanderlust den Platz des Selbstmordes ein. "Im Bezug auf die Gemeinsamkeiten zwischen dem Selbstmord und den "Fugen" ist es von Interesse zu wissen, daß die frühen Umweltfaktoren, die die Selbstmordverbreitung ansteigen lassen, mit den Faktoren übereinstimmen, die für die Entwicklung von "Fugen" verantwortlich sind." ⁵⁵

Selbstmord und Selbstmordversuch

Seit dem Jahre 1948 sind STENGELS Forschungsgebiete die Probleme des Selbstmordes und des Selbstmordversuchs. Fast schon 50jährig, beginnt er dieses Forschungsgebiet, und seine Arbeiten darüber sollen ihn bis über die Grenzen Englands hinaus bekannt werden lassen. Seine umfangreichen Studien beginnen 1946 mit der Untersuchung von 138 Patienten der Wachstation des St. Francis Hospitals über eine Zeitspanne von einem Jahr hinweg. Vor STENGEL wurde kaum eine Erforschung des Selbstmordversuches getrieben. Der einzige Forscher, der sich intensiv mit dem Problem des Selbstmordversuchs beschäftigt hatte, war DAHLGREN, der 1945 eine Studie von 237 Fällen von Selbstmordversuch veröffentlichte. STENGEL selbst hält dieses Werk für besonders wertvoll, da es gute Informationen darüber gibt, wieviele von denen, die Selbstmordversuch begangen hatten, sich schließlich getötet hatten. Diese große Lücke in der Selbstmordforschung veranlaßte STENGEL sich bis heute intensiv mit dem Problem des Selbstmordes und vor allem des Selbstmordversuches zu befassen.

Zusammen mit NANCY G. COOK und Dr. I.S. KREEGER begann STENGEL seine umfassenden Veröffentlichungen im Jahre 1950.⁸² Den Plan über die voraussichtlichen Untersuchungen und die ersten Ergebnisse der oben erwähnten Untersuchungen stellte STENGEL der Psychiatrischen Abteilung der Medizinischen Gesellschaft in London am 13. Mai 1952 vor und veröffentlichte sie im gleichen Jahr in den Proceedings dieser Gesellschaft.⁸⁷ In dieser Mitteilung sind die meisten Probleme, denen STENGEL sich nach durchgeführten Untersuchungen in seiner Monographie über den Selbstmordversuch im Jahre 1958 zuwendet, kurz umrissen. STENGEL weist schon 1952 darauf hin, daß die retrospektiven Analysen von Selbstmördern für die klinische Psychiatrie nur von begrenztem Wert seien, und daß man eine Menge durch ein intensives Studium derer lernen könne, die Selbstmordversuche überlebt haben. Wahrscheinlich seien letztere nicht die gleiche Population wie die, die wirklich Selbstmord begehen.

Die Ergebnisse der Studie des Jahres 1952 lassen sich natürlich nicht verallgemeinern, und erst die Untersuchungen verschiedener Gruppen unterschiedlicher Zusammensetzung in verschiedenen Krankenhäusern im Jahre 1953 werden zu den ersten greifbaren Ergebnissen führen. STENGEL schreibt 1952 : "Unsere Gruppe repräsentiert nicht die Selbstmordversuche der Allgemeinbevölkerung. Der einzige Weg diesen Nachteil auszumärzen bestünde darin, andere Gruppen zu studieren. Wir werden dies versuchen. Wir hoffen im Laufe der Zeit ein vollkommenes Bild der Art von Menschen geben zu können, die einen Selbstmordversuch begangen haben." ⁸⁷ Die erste Etappe in den Forschungen ist im Jahre 1958 erreicht. In seiner Monographie, die er zusammen mit COOK und KREEGER veröffentlicht, mit dem Thema "Selbstmordversuch, seine soziale Bedeutung und Auswirkung" ¹⁰⁰ faßt STENGEL alle bisherigen Forschungsergebnisse zusammen. Vorausgegangen waren im September 1954 noch eine Studie über die "Neuerliche Forschung in Selbstmord und Selbstmordversuch" ⁹⁰ (eine Mitteilung über die gerade überprüften Gruppen des Jahres 1953) und eine zweite Studie des Jahres 1956 über die "sozialen Folgen des Selbstmordversuches." ⁹⁴

In seiner Monographie des Jahres 1958 berichtet STENGEL zunächst über die bisherige Erforschung des Selbstmordes und des Selbstmordversuches, wobei er die Meinungen vieler Autoren kritisiert. So verwirft er gänzlich das Forschungsergebnis von BATCHELOR und NAPIER, die 1953 und 1954 200 Fälle in Edinburgh untersucht und festgestellt hatten, daß die Selbstmordversuchszahlen nicht höher als die Selbstmordzahlen seien. (Eine, wie wir später sehen werden, sehr berechtigte Kritik STENGELS.) Die Monographie will Antwort auf folgende Fragen geben :

1. Welche Beziehung besteht zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch.
2. Inwieweit ist der Selbstmordversuch ein soziales Verhaltensmuster.
3. Welche Beziehung hat das Individuum zur sozialen Umgebung in der Folge des Selbstmordversuches.
4. Welche Reaktion zeigt die Gesellschaft auf die Selbstmordversuche.

Schließlich soll die Monographie ein systematisches Studium sein, um zu zeigen, ob soziale Faktoren auch für die Begründung des Selbstmordversuches eine Rolle spielen. Dieses war vor 1958 noch nie untersucht worden. Da es für die Beantwortung dieser Fragen bis zu diesem Zeitpunkt unmöglich war, eine wirklich repräsentative Gruppe von Selbstmordversuchen zu finden, mußte STENGEL, um zu einer Verallgemeinerung kommen zu können, viele Gruppen studieren. Eine solche Untersuchung fordert einen ungeheuren zeitlichen und personellen Aufwand. Da STENGEL nicht alle, etwa 700 Patienten, selbst befragen konnte, konstruierte er einen Fragebogen in zweifacher Ausführung :

Ein Fragebogen für die Befragung durch den Psychiater und einer für die Befragung durch den Sozialarbeiter ermöglichten eine detaillierte und einheitliche Auskunft über die Patienten. Wenn eine persönliche Befragung nicht arrangiert werden konnte, veranlaßte STENGEL, daß ein Fragebogen von der Professorengruppe im Bethlem Royal Hospital und Maudsley Hospital zugesendet wurde.

Die Befragung der Patienten wurde in der Gruppe 1951 - 1952 : 5 - 6 Jahre nach dem Selbstmordversuch und in der Gruppe 1953 : 3 - 4 Jahre nach dem Selbstmordversuch durchgeführt. Als Selbstmordversuch zählte STENGEL jeden Akt der Selbstschädigung, der bewußt auf Selbstzerstörung abzielte. Im Gegensatz zu vielen anderen Autoren schloß STENGEL wörtliche Drohungen oder Selbstmordgesten, sowie Handlungen, die unbewußt auf Selbstzerstörung abzielten, in seine Auswahl nicht mit ein. Um zu illustrieren wie umfangreich STENGELS Untersuchungen der insgesamt 6 Gruppen waren, sei hier kurz aufgezählt was STENGEL in seinen Untersuchungen in jeder überprüften Gruppe statistisch erfaßte :

1. Größe und geschlechtliche Verteilung der Gruppe
2. Alter und Familienstand
3. Grad der Isolation
4. Verhältnis der Religion zum Selbstmordversuch
5. Verteilung der sozialen Klasse
6. Die Art der Aufnahme ins Krankenhaus

7. Die Intervention der Polizei

8. Diagnostische Klassifizierung in 7 diagnostische Gruppen :

- a) Schizophrenie
- b) senile Depression
- c) manisch- depressive Krankheiten
- d) andere Depressionen (reaktive, neurotische)
- e) organische Reaktionstypen (z.B. Demenz)
- f) psychopathologische Reaktion
- g) unbekannt

9. Alkoholabusus

10. Abhängigkeit des Selbstmordversuches von der Jahreszeit

11. Methoden des Selbstmordversuches

12. Vorhergehende Selbstmordversuche (Anzahl)

13. Kindheit, Jugend, häusliche Umgebung des Patienten

14. Geistige Gesundheit und Selbstmord und Selbstmordversuch in der Familie

15. Personen, die beim Selbstmordversuch nahe bei waren

16. Verschiedene Agenz, die in die Selbstmordhandlung eingriffen

17. Die Ernsthaftigkeit des Selbstmordversuches

18. Die Grade der Selbstmordversuchsabsicht : Einteilung in : ernst, mittel, leicht

19. Gegebene Warnungen vor dem Selbstmordversuch

20. Wie wird der Selbstmordversuch entdeckt?

Ähnliche umfangreiche Befragungen führte STENGEL auch bei seinen Folgeuntersuchungen aus. Aus allem konnte er folgende wertvolle Ergebnisse erzielen:

In den untersuchten Gruppen waren die Frauen zahlenmäßig überlegen, wobei der hohe Anteil an Witwen und allein lebenden Personen auffiel. Die Altersspitze lag beim Selbstmordversuch bei 24 - 44 Jahren, beim Selbstmord bei 55 - 64 Jahren. Die oberen sozialen Schichten sind beim Selbstmordversuch unterrepräsentiert, was nach STENGELS Meinung an dem größeren Wunsch nach Verheimlichung eines Selbstmordversuches in diesen Schichten liegt. In allen untersuchten Gruppen gab es eine saisonbedingte Abhängigkeit des Selbstmordversuches, dessen Häufung in den Frühlingsmonaten auftrat. Die Selbstmordversuche finden selten in Isolation von der sozialen Umgebung statt ; sie werden

meist so ausgeführt, daß eine Intervention anderer möglich oder sogar wahrscheinlich ist. Deshalb sieht es STENGEL als gerechtfertigt an, Selbstmordhandlungen (Selbstmord und Selbstmordversuch) als ein soziales Verhaltensmuster anzusehen, d.h. eine Verhaltensart, die nicht ganz verstanden werden kann, wenn sie nicht in Verbindung mit der menschlichen Umgebung gesehen wird. Dieses soziale Element sei beim Selbstmordversuch ausgeprägter als beim Selbstmord.

STENGEL ist der erste unter den Selbstmordforschern, der dem Selbstmordversuch eine Appellfunktion zuschreibt "Die gegenwärtigen Verfasser (STENGEL) behaupten, daß diese Appellfunktion mit den meisten, wenn nicht sogar mit allen Selbstmordversuchen verknüpft ist, auch wenn die Menschen, die einen Selbstmordversuch unternehmen sich dessen nicht bewußt werden." ¹⁰⁰ Die Bedeutung der Appellfunktion des Selbstmordversuches schließt STENGEL aus folgenden Feststellungen seiner Untersuchungen :

1. Nur eine geringe Zahl von Patienten wiederholten ihren Selbstmordversuch
2. Nach einem Selbstmordversuch folgt häufig eine Zeit der Ausgeglichenheit des Individuums.
3. Nur ganz wenige, die einen Selbstmordversuch begangen haben, töten sich schließlich.
4. Patienten, die Selbstmord begehen, begingen sehr selten zuvor einen Selbstmordversuch.

Die Appellfunktion, so STENGEL, liege hinter jedem Selbstmord oder jeder Selbstmordversuch - Drohung unabhängig vom Geisteszustand, in dem dieser Appell gemacht wird. Diese Appellfunktion des Selbstmordversuches wurde von vielen Autoren bestritten. So behauptete STRAUSS 1956, daß die Appellfunktion des Selbstmordversuches diesen zu einer hysterischen Reaktion mache. STENGEL sieht jedoch in der Appellfunktion nur eine Erklärung dafür, weshalb Selbstmordversuche so häufig bei Hysterikern zu finden sind.

Ein Nichtbeachten der Appellfunktion des Selbstmordversuches müßte nach Meinung STENGELS die Zahl der Selbstmordversuche senken. Für diese Theorie spräche die niedrige Selbstmordversuchsziffer in Konzentrationslagern. Zur Erklärung der niedrigen Selbstmordversuchsziffer in Konzentrationslagern dürfe

jedoch das Fehlen eines weiteren Faktors des Selbstmordversuches, die Isolation, nicht außer acht gelassen werden.

Die Untersuchungsergebnisse STENGELS, die endlich viel Klarheit in die Erforschung der Selbstmorde und Selbstmordversuche brachten, und die sie aus der Stagnation, in der sie seit 1897, seit der Veröffentlichung von DURKHEIMS soziologischer Studie über den Selbstmord steckte, herauslösten, brachten die Antwort auf die zu Beginn der Forschung 1952 von STENGEL gestellten Fragen und die Bestätigung seiner Vermutungen.

Die praktische Seite von STENGELS Selbstmordforschungen war sein Kampf gegen das bestehende Gesetz in England, das die gerichtliche Strafverfolgung des Selbstmordpatienten verlangte. In seinem Artikel des Jahres 1959 "Selbstmordversuch und das Gesetz" nimmt er zu dem Problem der Strafverfolgung des Selbstmordpatienten Stellung.¹⁰⁶ Bis zum Jahre 1961 waren der Selbstmord und Selbstmordversuch ein Kapitalverbrechen im englischen Gesetz geblieben, das mit Gefängnis bis zu 2 Jahren bestraft werden konnte. Jedoch wurde nur eine ganz geringe Zahl von Selbstmordversuchen gerichtlich verfolgt, die oft durch seltsame Zufälle zur Anzeige gekommen waren. Der größte Teil der Selbstmordversuche wurde verschwiegen oder nicht deklariert; die Selbstmorde wurden unter anderen Todesursachen registriert.

Für die bestehende Gesetzgebung gab es Gründe, die STENGEL erst mit seinen umfangreichen statistischen Erhebungen widerlegen und so eine Abschaffung dieses Gesetzes fordern konnte. Es wurde z.B. behauptet, die bestehende Gesetzgebung habe einen Abschreckungseffekt. Ein weiterer Grund war die Behauptung, die Tatsache, daß jemand sich das Leben nehmen will, müsse als Hinweis auf eine Geisteskrankheit gelten; dies mache es notwendig, daß die Polizei interveniere und den Patienten in Gewahrsam nehme. Diese Gesetzgebung und die drohende behördliche Verfolgung hatte nach Meinung STENGELS die ärztliche Hilfe für Menschen mit erhöhtem Selbstmordrisiko eingeschränkt, die Selbstmordstatistiken verfälscht und die Selbstmordversuchsforschung ungeheuer erschwert und behindert. So hatten Leute, die nach einem Selbstmordversuch im Krankenhaus aufgenommen worden waren, den Arzt belogen und erklärt, sie seien das Opfer eines Unfalles. (Dieses Leugnen des

Selbstmordversuches ist jedoch nicht, wie STENGEL meint, ausschließlich auf die Furcht vor behördlicher Verfolgung zurückzuführen, sondern liegt wahrscheinlich in der Charakterart des Selbstmörders.) STENGEL vertrat die Auffassung, daß die Drohung einer gerichtlichen Strafverfolgung keinen Abschreckungseffekt habe und keine Garantie für eine niedere Selbstmordziffer sei. Daher forderte STENGEL, als Vorsitzender der Medizinischen Abteilung der Britischen Psychologischen Gesellschaft (1953 - 1954) und als Präsident der Medizinisch-Psychologischen Vereinigung 1957 - 1958 auf einflußreichen Posten, die Abschaffung dieses Gesetzes. Auch die 1947 und 1958 durchgeführten Untersuchungen eines gemeinsamen Ausschusses der British Medical Association und der Magistrates Association unter Vorsitz von Dr. DORIS OD-LAM führten zu dem Ergebnis, daß Selbstmord und Selbstmordversuch nicht mehr länger als Verbrechen anzusehen wären.

1961 erfüllte die Herausgabe der Selbstmordakte des englischen Gesundheitsministeriums die Forderung der Mediziner, insbesondere der Psychiater und schaffte das Gesetz ab. Gleichzeitig schlug das Ministerium vor, daß jeder Patient, der einen Selbstmordversuch begangen hat, von einem Psychiater, wenn auch nicht untersucht, so doch gesehen werden sollte. (Nach STENGELS Meinung eine, bei der bestehenden Anzahl von Psychiatern in England, undurchführbare Aufgabe.)

Mit der Monographie des Jahres 1958 sind STENGELS Selbstmord- und Selbstmordversuchsstudien noch lange nicht abgeschlossen. 1961 berichtet er über seine Untersuchungen in Sheffield, Burnley und Leeds.¹¹¹ Er vergleicht hierbei die Mortalitätsraten der 3 Städte, die in den Jahren 1952 - 1956 entstanden waren. Weitere Erforschung der Selbstmordziffern in vergleichbaren Städten der Midlands und in Nordengland wurden durchgeführt. Diese Studien gelten der Klärung der Frage, welche Faktoren dafür verantwortlich gemacht werden können, daß Sheffield eine niedrigere Selbstmordziffer als Leeds, Nottingham, Rotherham, Doncaster und Blackburn und Burnley eine extrem hohe Selbstmordziffer hat. Die frappierende Diskrepanz insbesondere zwischen Sheffield und Burnley in den Selbstmordziffern hängt nach STENGEL mit folgenden Ursachen zusammen :

- a) der altersmäßigen Zusammensetzung der Bevölkerung
- b) der sozialen Disorganisation (in Burnley gab es viele Witwer und Geschiedene)
- c) der sozialen Mobilität (Auswanderung aus Burnley und daraus resultierende Isolierung vieler Menschen).

Diese Ergebnisse lassen STENGEL vermuten, daß aus der Ansiedlung neuer Industrien nach Burnley ein Rückgang der Selbstmordziffer resultieren müsse. (Eine neuerliche Überprüfung hat diese Vermutung bestätigt).

Weitere Studien zu dem Problem des Selbstmordversuches bildeten die Untersuchungen STENGELS und PARKINS im Jahre 1960¹⁰⁷ und 1965¹²¹ an drei Krankenhäusern in Sheffield. Hierbei interessierte die Autoren hauptsächlich das Zahlenverhältnis zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch in einer Großstandbevölkerung. Außerdem unternahmen sie den Versuch festzustellen, welcher Prozentsatz an Selbstmordversuch in die Krankenhäuser gelangte und welcher nur in Betreuung des praktischen Arztes blieb. Hierfür erhielt jeder praktische Arzt einen Fragebogen. Die Autoren stellten fest, daß nur einer von fünf Selbstmordversuchspatienten ins Krankenhaus kam. Außerdem betrug das Verhältnis zwischen Selbstmord- und Selbstmordversuchsziffer für die Jahre 1960 und 1961 1 : 9,7. Eine vergleichbare Studie lag bisher nur aus Amerika vor. Dort berichteten FARBEROW und SHNEIDMAN 1961 über Untersuchungen, die sie 1957 in Los Angeles durchgeführt hatten. Interessant ist die Feststellung, daß PARKINS und STENGELS Selbstmordziffer wesentlich höher liegt und aufgrund der zusätzlichen Befragung der praktischen Ärzte wahrscheinlicher ist.

Systematische Nachuntersuchungen von Gruppen, sogenannte Kohortenstudien, führte STENGEL wiederholte Male durch. Dabei gelang es ihm Nachuntersuchungen durchzuführen bis zu 18 Jahre nach dem ersten Selbstmordversuch. Er fand heraus, daß nur eine kleine Minderheit, einer von zehn innerhalb von 18 Jahren, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten, sich schließlich selbst tötete. Außerdem konnte er anhand von Angaben von 200 Fällen seine Hypothese bestätigen, daß es eine signifikant größere

Anzahl von broken homes in den Anamnesen von depressiven Patienten gab, die einen Selbstmordversuch vollzogen hatten, als bei solchen, die keinen Selbstmordversuch unternommen hatten.

Die Feststellung bei seinen Untersuchungen in Sheffield, daß nur einer von fünf Patienten ins Krankenhaus und somit in eventuelle psychiatrische Betreuung gelangt, während die übrigen vier in den Händen des praktischen Arztes bleiben, läßt STENGEL die Notwendigkeit erkennen, die Praktiker über die Probleme des Selbstmordes und des Selbstmordversuches genauer zu informieren. Anläßlich der Konferenz der praktischen Ärzte im Towers Hospital in Leicester am 19. Mai 1963 weist er die Praktiker auf ihre Aufgabe zur Vermeidung von Selbstmord und Selbstmordversuch hin. Den Vortrag veröffentlicht er gleichzeitig in der Medical World.¹¹⁶

Wie sollen Selbstmordpatienten im allgemeinen Krankenhaus, ohne psychiatrische Abteilung, behandelt werden? Wie schon oben erwähnt, war der Ratsschlag des englischen Ministeriums, bei jedem Selbstmordpatienten einen Psychiater hinzu zu ziehen, nicht ausführbar. So baute STENGEL 1963 in Sheffield, wo er seit 1956 den neugegründeten Lehrstuhl der Psychiatrie innehatte, ein System zur Handhabung des Selbstmordes und des Selbstmordversuches im allgemeinen Krankenhaus aus.¹¹⁸ Er ließ in allen Krankenhäusern geschriebene Instruktionen zur richtigen Befragung der Patienten, sowohl auf chirurgischen als auch medizinischen und anderen Abteilungen austeilen. Diese Befragungen sollten nach STENGELS Wunsch vom zuständigen Arzt durchgeführt werden. So würde die wichtige, aber zeitraubende Vorarbeit für den später hinzugezogenen Psychiater schon gemacht sein, der dann über die weitere Behandlung des Patienten entscheidet. Mit den geschriebenen Instruktionen beabsichtigte STENGEL gleichzeitig die Ärzte zu lehren, damit sie um Leben zu erhalten, sich auch mit psychologischen und sozialen Problemen richtig befassen können. (Dieses Muster aus Sheffield wurde bis heute schon verschiedentlich nachgeahmt).

Eine Zusammenfassung und einen gesamten Einblick in seine ganzen Studien über den Selbstmord und den Selbstmordversuch gibt STENGEL in seinem Buch des Jahres 1964 "Selbstmord und Selbstmordversuch". Dieses Buch hat

der Autor im Jahre 1969 für die deutsche Ausgabe neu überarbeitet und mit Statistiken aus Deutschland ergänzt. Die wichtigsten Ideen und Ergebnisse STENGELS in diesem Buch, das wohl das Gesamtergebnis der Studien und Arbeiten STENGELS der letzten 20 Jahre beinhaltet, sollen in dieser Biographie nicht fehlen. STENGELS wichtige Erkenntnisse auf dem Gebiet des Selbstmordes und Selbstmordversuches haben ihn wohl zum führenden Suicidforscher der Welt gemacht. Dies drückt sich auch darin aus, daß er seit Dezember 1969 Präsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordverhütung ist.

In seinem Buch behandelt STENGEL Selbstmord und Selbstmordversuch im ersten und zweiten Teil als unterscheidbare Verhaltensmuster und erst im dritten Teil weist er auf Gemeinsamkeiten aller Selbstmordhandlungen hin. Nach STENGEL bedeutet Selbstmord die tödliche, Selbstmordversuch die nicht tödliche Selbstmordhandlung. "Die Bezeichnung einer Selbstmordhandlung als "erfolgreicher" (oder "geglückter") und "erfolgloser" (oder "mißglückter") Selbstmordversuch wird vermieden, da sie auf der Annahme beruht, daß der Tod das einzige Ziel jeder Selbstmordhandlung sei."^{130/1} Diese Annahme bestreitet STENGEL.

Der Selbstmord

Die statistischen Selbstmordzahlen, die unverlässlich sind, liegen im allgemeinen unter den tatsächlichen Ziffern, wobei auffällt, daß hochindustrialisierte, wohlhabende Länder hohe Selbstmordraten haben. "Die Höhe der Selbstmordraten kann niemals durch eine Ursache oder eine Gruppe von Ursachen allein erklärt werden. Viele Faktoren spielen gleichzeitig eine Rolle".^{130/2} So hat STENGEL Faktoren mit positiver und negativer Korrelation festgestellt. Positive Faktoren sind z.B. das zunehmende Alter, negative z.B. das jugendliche Alter. Das Durchschnittsalter der meisten Menschen, die Selbstmord begehen liegt bei 60 Jahren. Die religiöse Bindung, nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religion, bildet einen negativen Faktor. Wohingegen die soziale Isolierung und die Anonymität insbesondere des

130/1 : S. 2

130/2 : S. 13

städtischen Lebens hohe Selbstmordraten nach sich ziehen. Weshalb die Selbstmordhäufigkeit im Frühling und im Sommer besonders hoch ist, bleibt weitgehend ungeklärt. Eine teilweise Erklärung dieses Phänomens sieht STENGEL in dem Anstieg der Häufigkeit der depressiven Erkrankungen im Frühling.

Die Form des Selbstmordes, die bei Männern häufig durch Erhängung, bei Frauen häufig durch Vergiftung auffiel, hängt nach STENGELS Meinung zum Teil davon ab, welche Methode gerade am leichtesten zu praktizieren ist.

Über die Motivation und Ursachen des Selbstmordes haben sich vor STENGEL viele Autoren Gedanken gemacht. Die Psychoanalyse brachte ihren Beitrag zum Problem des Selbstmordes vor allem durch FREUD 1920, der als Ursache einen primären Todestrieb annahm. Die Konzeption des Todestriebes, die die ganze Problematik des Selbstmordes erklären will, akzeptiert STENGEL nicht und hält sie dringend einer Neudurchdenkung notwendig. Alle bewußten Motive können nach STENGEL die Selbstmordhandlungen allein nicht erklären, weil nur ganz bestimmte Menschen in dieser Weise auf emotionale Belastungen reagieren. Diese Menschen zeigen eine Anfälligkeit zum Selbstmord, die sich auf gewisse Persönlichkeitsmerkmale zurückführen läßt. Diese Persönlichkeitsmerkmale weisen zum Teil auf angeborene Veranlagung zum Teil auch auf eine Kindheit in broken homes hin.

Die Behauptung vieler, daß Menschen, die Selbstmord begehen, grundsätzlich psychisch Kranke seien, veranlaßte STENGEL, die Zusammenhänge zwischen Selbstmord und psychischen Störungen genauer zu erforschen. Er stellte fest, daß durchschnittlich jeder dritte, der Selbstmord beging, an einer Neurose oder Psychose oder an einer schweren Persönlichkeitsstörung litt. Hierbei ist die Melancholie oder endogene Depression die psychische Störung mit dem größten Selbstmordrisiko, wohingegen bei Schwachsinnigen und bei den typischen neurotischen Zuständen Selbstmordhandlungen verhältnismäßig selten vorkommen.

"Selbstmord kommt häufig bei der Hysterie vor, jener Neurose, bei der körperliche Funktionsstörungen psychischer Herkunft im Vordergrund stehen." ¹³⁰
Dies berechtigt jedoch nicht, wie schon oben erwähnt, die Selbstmordhandlungen allein als hysterisch anzusehen.

Der Selbstmordversuch

Der Selbstmordversuch ist nach STENGEL "jede Handlung der Selbstbeschädigung, die mit der Absicht der Selbstvernichtung begonnen wurde, so vage und zweifelhaft diese sein mag. Manchmal muß diese Absicht aus dem Verhalten des Patienten indirekt erschlossen werden." ^{130/1} Es gibt keine genau durchdachten Selbstmordversuche, da die Selbstmordversuchspatienten sich in Krisenzuständen befinden. Deshalb ist es auch nach STENGELS Meinung sinnlos den Selbstmordversuch nach SHNEIDMAN nach verschiedenen Graden der Selbsttötungsabsicht zu qualifizieren. "Die meisten Menschen, die Selbstmordhandlungen begehen, wollen nicht entweder sterben oder leben. Sie wollen beides gleichzeitig, gewöhnlich das eine mehr oder viel mehr das andere." ^{130/2} Die Zahl der Menschen, die Selbstmordversuche machen, liegt 6 - 10mal so hoch wie die der Selbstmörder. Etwa 30.000 - 40.000 pro Jahr in England und Wales. Die Kohortenstudien STENGELS ergaben, daß die überwiegende Mehrheit der Menschen, die einen Selbstmordversuch unternehmen, am Leben bleibt. Jedoch ist die Selbstmordhäufigkeit und damit das Selbstmordrisiko bei ihnen wesentlich größer als bei vergleichbaren Gruppen der Gesamtbevölkerung, die keinen Selbstmordversuch in ihrer Vorgeschichte aufweisen.

Die Haltung des Selbstmordkandidaten gleichzeitig sterben und leben zu wollen, drückt sich in folgenden Feststellungen aus : Selbstmord und Selbstmordversuch werden grundsätzlich in irgendeiner Weise angekündigt, und die meisten Selbstmordhandlungen werden unter Umständen ausgeführt, die das Eingreifen anderer möglich, wahrscheinlich oder sogar sicher machen, wobei die Patienten oft selbst eingreifen. Die Selbstmordhandlung ist also nicht nur auf den Tod (Todestrieb bei FREUD) sondern auch auf menschlichen Kontakt, auf das Leben ausgerichtet. STENGEL ist also der erste, der erkannte, daß Selbstmord und vor allem Selbstmordversuch auch auf die Menschen der Umgebung des Individuums ausgerichtet sind. Als Folge dieser Erkenntnis muß der Selbstmordversuch psychische und soziale Wirkungen haben, die sich uns schwer feststellen lassen. Z.B. gelangt ein psychisch und organisch kranker

130 1 : S. 70

130 2 : S. 74

Mensch infolge eines Selbstmordversuches endlich in ein Krankenhaus und in Behandlung; oder die Isolierung eines Menschen wird durch Kontaktaufnahme der Umgebung beseitigt oder die zwischenmenschlichen Beziehungen z.B zwischen Eltern und Kindern oder zwischen Ehepartnern werden verbessert, oder irgendeine Schwierigkeit, ein Konflikt, eine Notsituation des Menschen wird von der Gemeinschaft und der Umgebung erkannt. So wird der Selbstmordversuch gerade durch seine Appellfunktion zu einer Veränderung der Lebenssituation des Betreffenden. Dies wiederum ist wahrscheinlich ein Grund, weshalb Selbstmordversuche nur selten kurz nachher wiederholt werden.

Gemeinsam ist allen Selbstmordhandlungen die Ungewißheit des Ausganges. Dies veranlaßt STENGEL die Selbstmordversuche mit einem "Gottesurteil" zu vergleichen, "eine spezifische Art des Hasardspiels um das Leben. Der Terminus "Gottesurteil" wird hier in seiner alten rituellen Bedeutung verwendet; gemeint ist jenes Verhalten, bei dem ein Mensch sich einer lebensgefährlichen Prüfung unterwirft oder ihr unterworfen wird, deren Ergebnis dann als Urteil der Gottheit hinzunehmen ist." ¹³⁰

Es sei noch auf ein Phänomen hingewiesen, das STENGEL schon 1943 erwähnt hatte. ⁶⁵ STENGEL beobachtete, daß ein depressiver Mensch oftmals von zu Hause weggeht mit dem Ziel sich das Leben zu nehmen. Es kann sein, daß er sich nach einigen Stunden oder Tagen viele Kilometer weiter wieder findet und die Absicht, sich das Leben zu nehmen völlig verschwunden ist. Diesen Zustand der Fuge, des pathologischen Wanderns, faßt STENGEL als ein Beispiel auf, für die Umwandlung eines Selbstmordtriebes in eine andere Aktionsform bei einem veränderten Bewußtseinszustand. Das Auftreten dieses Symptomes sieht er als ein Selbstmordäquivalent an, als einen psychologischen Abwehrmechanismus gegen den Selbstmordimpuls.

Die Verhütung und Vorbeugung der Selbstmordhandlungen bildet ein Problem, das STENGEL nur im Ansatz mit Vorschlägen und Verbesserungsratschlägen zu lösen vermag. Der Organisation der "Samariter" und ähnlichen Vereinigungen von Laienhelfern, die eine Betreuung und das Knüpfen freundschaftlicher Kontakte mit einsamen und verzweifelten Menschen sich zur Aufgabe gemacht haben, steht STENGEL sehr positiv gegenüber. Er fordert nur eine

medizinisch fachspezifische Ausbildung und die Fähigkeit der Helfer, ihre Grenzen zu erkennen und sich in bestimmten Fällen an den Arzt zu wenden. Auch sieht es STENGEL als unwahrscheinlich an, daß solche Organisationen, auch die Selbstmordverhütungszentren, die von Psychiatern und Psychologen geleitet werden, die Selbstmord- und Selbstmordversuchsrate drastisch reduzieren können. "Eine solche Reduzierung der Selbstmord- und Selbstmordversuchsraten kann nur von einer "Vorbeugung gegen Selbstmord" erwartet werden, die schon bei der Geburt einsetzt, ja sogar schon früher. Ihr Ziel ist es, alle Faktoren zu eliminieren oder zu schwächen, welche die Häufung von Selbstmordhandlungen begünstigen, und umgekehrt die Faktoren zu stärken, die zur Reduzierung der Selbstmordhäufigkeit beitragen." ¹³¹ Um diese Aufgaben zu bewältigen, schlägt STENGEL die Schaffung eines allumfassenden Sozialdienstes vor, in dem jeder Angehörige der Gemeinschaft eine für ihn sinnvolle Rolle spielt.

131 : S. 133

Zur Psychoanalyse und Lehre der Psychiatrie

Ein weiterer Verdienst STENGELS ist die Wiederentdeckung von FREUDS Aphasiestudie und deren Übersetzung in Englische. In seinem Vorwort zur Übersetzung und in seinem Vortrag auf dem 18. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in London am 27. Juli 1953 befaßt sich STENGEL mit der Bedeutung von FREUDS Aphasiestudie für die Psychoanalyse.⁹⁰ STENGEL vertritt die Auffassung, daß FREUDS für die Psychoanalyse bedeutsamste Arbeit während seiner vorpsychoanalytischen Zeit, also vor seinem 40. Lebensjahr, seine 1891 erschienene kritische Studie "Zur Auffassung der Aphasien" ist. Dieses Werk gibt einige Aufklärung über die Beziehung der neurologischen und psychoanalytischen Arbeitsperioden FREUDS. STENGEL stellt fest, daß in der Aphasiestudie zum ersten Male Bezeichnungen erscheinen, die man sich aus der psychoanalytischen Terminologie nicht wegdenken kann. ("Projektion, Repräsentation, Besetzung, Überdeterminierung" .) Die Anwendung des "Prinzips der Regression" auf psychische Vorgänge lernte FREUD, so STENGEL, von HUGHLINGS J. JACKSON kennen. Wie groß JACKSONS Einfluß nicht nur auf FREUD, sondern auf die gesamte Psychiatrie war, zeigt uns STENGEL in seinem Artikel des Jahres 1963 "Hugblings Jacksons influence in Psychiatry."¹¹⁷ Ob der Einfluß FREUD bewußt war, kann STENGEL nicht beweisen, doch zeigt er, daß FREUD die Grundideen JACKSONS über die "Dynamik des Nervensystems" gründlich gekannt haben muß. (Es bestehen zu viele Parallelen.) Die Aphasiestudie, nach FREUD selbst, "seine wertvollste neurologische Arbeit" demonstriert nach Meinung STENGELS die Herkunft der Psychoanalyse von den biologischen Wissenschaften. In seinem Vortrag zum 100. Geburtstag FREUDS in der Frankfurter und Heidelberger Universität spricht STENGEL über die "Wurzeln der Psychoanalyse in der Biologie".⁹⁷ Nach STENGEL hat die Psychoanalyse ihren Ursprung nicht nur in den biologischen Wissenschaften, sondern sie hat auch durch die Erforschung des Trieblebens wertvolle Beiträge zur Biologie geliefert. So hätten psychoanalytisch orientierte Biologen beim Menschen entdeckte Gesetzmäßigkeiten tierexperimentell nachweisen können.

Die Bedeutung der Aphasiestudie liegt darüberhinaus noch darin, daß FREUD sich zum ersten Mal damit beschäftigte, wie der Sprachapparat als ganzes auf krankhafte und sonstige Störungen reagierte. "Die Bedeutung der Aphasiestudie für die Psychoanalyse und für die Psychiatrie liegt also darin, daß sie FREUD in direkten Kontakt mit den von England ausgehenden, evolutionären Theorien und deren erste Anwendung auf psychische Vorgänge brachte. Dies war, so scheint es, ein entscheidendes Ereignis in der Entwicklung von FREUDS wissenschaftlicher Orientierung." ⁸⁸

Natürlich hat, nach STENGEL, auch die dynamische Psychiatrie ihren Ursprung in der Physiologie. Die dynamische Psychiatrie ist die moderne Richtung in der Psychiatrie und wird der deskriptiven, die als überholt betrachtet wird, gegenübergestellt. "Die dynamische Psychiatrie ist eine psychoanalytisch orientierte Psychiatrie, in der unbewußte, psychische Vorgänge und die verschiedenen psychologischen Mechanismen, die FREUD beschrieben hat (Regression, Projektion, Verschiebung, Sublimierung, Identifizierung usw.) Berücksichtigung finden. Der Ursprung von FREUDS psychodynamischen Begriffen liegt also in der Physiologie." ^{98/1} Ein weiterer Beitrag zur Psychoanalyse war FREUDS Aphasiestudie, in der sich der Einfluß JACKSONS deutlich zeigte. Der große Unterschied zwischen FREUD und JACKSON bestand darin, daß FREUD dem Psychischen eine begrenzte Anatomie gab. In seinem Artikel "Was ist dynamische Psychiatrie" 1957 schreibt STENGEL schließlich über die Aufgabe dieser modernen Psychiatrie. "Die dynamische Psychiatrie hat also das Studium des Kräftespiels aller für die Entstehung und Behandlung von psychischen Störungen bedeutsamen Vorgänge zur Aufgabe." ^{98/2} Über seine frühere Arbeit schreibt STENGEL in dieser Studie: "Für mich war die Übersetzung von FREUDS Aphasiestudie in Englische, die ich vor einigen Jahren unternahm, eine Quelle neuer Einsichten in die Entstehung der Psychoanalyse." ^{98/3}

"Ich möchte Ihnen sagen, welche Hilfe mir die Psychoanalyse in meiner klinischen und in meiner Forschungsarbeit als Psychiater gegeben hat," schreibt

88 : S. 24

98/1 : S. 195

98/2 : S. 204

98/3 : S. 196

STENGEL in seinem Artikel "Psychoanalytische Behandlung für den Klinikspatienten" ^{78/1}1948. Viele abnormale Verhaltensweisen sind infolge der Anwendung psychoanalytischer Methoden besser erkannt und erklärt worden. So hatte STENGEL selbst zunächst mit HARTMANN 1931 das Bild der "Folie à deux" ²⁴ näher erforscht. Außerdem hatte er das Problem der "Fugen" mit dem Impuls zu wandern durchleuchtet. Psychoanalytische Methoden, besonders in dynamischer Hinsicht halfen STENGEL auch beim Studium der Beziehungen zwischen Zwangssymptomen und depressiven sowie schizophrenen Reaktionen.

Obwohl STENGEL selbst mit psychoanalytischen Behandlungen von psychotischen Zuständen im Krankenhaus wenig Erfolg hatte, befürwortet er die psychoanalytische Behandlung im Krankenhaus. Den Versuch verschiedener Psychoanalytiker, die psychoanalytischen Methoden zu kürzen, (- entstanden aus der Überlegung, daß eine ganzanalytische Behandlung nur für wenige möglich sei -), heißt STENGEL nicht gut. Er ist jedoch ein starker Befürworter der Gruppentherapie, die von SCHILDER ausgearbeitet wurde. STENGEL berichtet über seine eigenen Erfahrungen mit der Gruppentherapie : "Ich habe diese Technik mit gemischten Gruppen von Patienten in Nervenheilanstalten praktiziert und fand sie sehr interessant und hilfreich. Wie jedermann, der mit dem Konzept des persönlichen Interviews aufgewachsen war, mußte ich eine gewisse Abneigung zu dieser Art der Behandlung überwinden. Ich stimme völlig mit denen überein, die gezeigt haben, daß die Gruppensituation gewisse Verhaltenszüge zutage fördert, die eine individuelle Behandlung alleine nicht erreicht hätte." ^{78/2} Einen weiteren Vorteil der Gruppentherapie sieht STENGEL in der Möglichkeit, einen zweiten Kollegen in den Sitzungen dabei zu haben, wenn möglich als aktiven Teilnehmer.

Die psychoanalytische Forschung will STENGEL mit der neurologischen kombinieren. Er fordert eine enge Zusammenarbeit zwischen Neurologen und Psychoanalytikern. Wörtlich meint er dazu : "Da ich als "Neuro-Psychiater" aufgewachsen bin, und das große Glück hatte, unter SCHILDER zu arbeiten, sehe ich keine Schwierigkeit, die neurologische und die psychoanalytische

Forschung zu kombinieren."⁷⁸ In England scheint dieser Forderung STENGEL leicht Rechnung getragen zu werden. Jedenfalls schreibt STENGEL in seinem Artikel über "den gegenwärtigen Stand und die Entwicklungstendenzen der Neurosenlehre und der Psychotherapie in Großbritannien"¹⁰³, daß die psychotherapeutischen Methoden sehr schnell Eingang in die englische Psychiatrie finden. Die Gruppenbehandlung und besonders Patientenclubs sind sehr beliebt. Die Psychotherapie ist besonders aktiv auf dem Gebiet der psychosomatischen Erkrankungen und hat sogar ihren Einzug in die Gefängnisse gehalten. STENGEL weist auch daraufhin, daß die psychoanalytische Schule, die bei weitem bedeutendste in der englischen medizinischen Psychologie ist. STENGEL gelingt es in verschiedenen Artikel einen Beitrag zu liefern über den Ursprung und die Entwicklung der Psychoanalyse; außerdem gibt er uns einen guten Überblick über den gegenwärtigen Stand der Psychotherapie in England. Die Entwicklung der Psychotherapie hatte in England eine geringe Opposition, da die englische Psychiatrie mit der Neurologie nicht so eng verbunden war, da es an einer psychiatrisch-akademischen Tradition fehlte und da der britische Psychiater praktisch und experimentell eingestellt ist. "Allgemein gilt für die englische Psychotherapie, die sehr populär ist, daß das Bestreben besteht, neue Ideen neben altem Wissen in der offiziellen Lehrstätte zu Wort kommen zu lassen."¹⁰³

Einen bedeutenden Platz nehmen die Psychologie, die Psychoanalyse und die Psychiatrie auch im neuen Lehrplan zur Ausbildung der Ärzte ein. An der neuen Form des Psychiatrieunterrichtes in England hat STENGEL einen großen Anteil. Im Oktober 1957, aus Anlaß der Presidential Address der psychiatrischen Abteilung der Medizinischen Gesellschaft, gibt STENGEL der Öffentlichkeit die ersten Versuche und weitere Überlegungen zur Neugestaltung der psychiatrischen Ausbildung bekannt.¹⁰⁴ Er stellt zwei verbesserte Lehrversuche vor, die in Leeds und in Sheffield durchgeführt wurden. Ein systematischer Ausbau des Psychiatrieunterrichtes sah u.a. vor, daß schon ab 1959 die Studenten in ihrem 4. Ausbildungsjahr einen Monat ganztätig in der neurologischen und psychiatrischen Klinik hospitieren sollten. Psychiatrie sollte

78 : S. 779

103 : S. 112

ausschließlich von Psychiatern und nicht von anderen Klinikern gelehrt werden. In Sheffield hörte der Student schon im vorklinischen Semester Psychologie. STENGEL gibt einen Plan, wie er sich die psychiatrische Ausbildung bis zum Staatsexamen vorstellt, und wir werden sehen, daß er es 10 Jahre später in die Tat umgesetzt hat.

Die Lehraufgabe der Psychiater schließt auch die ärztliche Weiterbildung ein. Dies ist ein großes Problem. Fortbildungskurse in Sheffield, an denen nur eine kleine Anzahl junger Ärzte teilnehmen kann, während der größte Teil seinen beruflichen Verpflichtungen nachgehen muß, können nach STENGELS Meinung keine Lösung sein. Das Muster einer Schule für Fortbildung in der Psychiatrie in England ist das Maudsley-Hospital. STENGEL, selbst ein "Maudsley-Man", vertritt die Meinung, daß es ein Institut für die Fortbildung von Spezialisten sei. Er berichtet wie in Sheffield die Weiterbildung für Ärzte aufgebaut wird. Zum Plan gehört ein 14tägiges Halbtagsseminar in Neurologie, Psychologie und Psychiatrie, und ab Mai 1958 klinische Visiten. Außerdem sollten die psychiatrischen Großkrankenhäuser mit zur Ausbildung herangezogen werden, in denen der jeweilige Chef oder ein von ihm beauftragter Arzt für die Lehre und Organisation der Weiterbildung zuständig sein soll. Diese Verantwortlichen will STENGEL zur regelmäßigen Konsultation treffen. STENGEL hofft auf einen Erfolg dieses in Sheffield und Umgebung gestarteten Experimentes. Der Erfolg trat ein, denn schon 1961 konnte er über den Fortschritt des Sheffieldplanes ¹¹⁰ berichten und 1967 ¹²⁷ kann man zumindest die psychiatrische Ausbildung innerhalb des Medizinstudiums in Sheffield, anerkannt in ganz England, dank STENGELS Initiative, als Vorbild auch für kontinentale Länder betrachten.

In der Wiener klinischen Wochenschrift vom 15. Dezember 1967 teilt STENGEL über den Psychiatrieunterricht in England folgendes mit: "In den ersten zwei Wochen, die der Medizinstudent an der Universität Sheffield verbringt, hört er zwei einleitende Vorlesungen in Psychologie und Psychiatrie. Im vorklinischen Lehrplan sind Stoff- und Reihenfolge der Themen innerhalb 50 Wochenstunden genau festgelegt. Eine schriftliche Prüfung in Psychologie ist obligatorisch. In den folgenden Studienjahren ist die Psychiatrie ubiquitär.

In den Fachvorlesungen in innerer Medizin, Frauen- und Kinderheilkunde wird jeweils bei entsprechenden Fällen ein Psychiater hinzugezogen. Im 6. Studienjahr hört der Student 20 Psychiatricvorlesungen und absolviert ein sechswöchiges Praktikum in der Psychiatrischen Klinik und in einer Nervenheilanstalt. Das 6. Studienjahr wird mit einem großen Fall, einer schriftlichen und mündlichen Prüfung in der Psychiatrie abgeschlossen. Im neuen Lehrplan liegt das Hauptgewicht auf dem Unterricht kleiner Gruppen in der Klinik. Außerdem hat sich das Prinzip durchgesetzt, daß die Psychiatrie nicht nur ein Spezialgebiet ist, sondern das ganze Medizinstudium durchdringen muß." ¹²⁷

STENGEL gibt zu, daß die Einführung des neuen Lehrplanes der Psychiatrie in Sheffield nicht leicht war und noch einige Jahre braucht. Doch hat der Lehrplan in der Normalpsychologie und Psychiatrie in Großbritannien allgemeine Anerkennung gefunden.

Mit ausschlaggebend für das Zustandekommen des neuen Lehrplanes war sicher auch STENGELS ständiges Interesse an studentischen Problemen, wie wir schon 1936 bei seinem Beitrag über die Prüfungsangst und Prüfungsneurose gesehen hatten. Wenn STENGEL auch die englische Psychiatrie nicht so stark beeinflusst hat, wie z.B. MAYER-GROSS^b, so hat er doch viel Neues geleistet und ist daher in England sehr anerkannt. Er hat viele englische Freunde, besonders innerhalb der Universität, wo er auch jetzt noch mindestens einmal in der Woche zu Mittag ißt. STENGEL hat es nie bereut, daß er 1938 nach England ausgewandert war. Obwohl er später sich wiederholt in Amerika hätte niederlassen können, wo es ihm, wie er selbst gesteht, materiell viel besser gegangen wäre, wählte er England als seine Wahlheimat.

Über sein Verhältnis zu seiner österreichischen Heimat teilt STENGEL folgendes mit: "Meine Beziehungen zu Österreich, das ich 1938 als Jude verlassen mußte, sind kühl aber nicht unfreundlich. Meine Frau, die Krankenschwester an der Wiener Klinik war, an der ich arbeitete, hat Verwandte in Kärnten, die wir seit Kriegsende zweimal besucht haben. Ich war vor 15 und vor 10 Jahren in Wien gewesen, um Kongressen beizuwohnen, habe mich aber

dort so kurz als möglich aufgehalten. Ich konnte den österreichischen Enthusiasmus für Hitler nicht vergessen. Rückblickend muß ich sagen, daß ich mich in meinen Geburtsland nie zu Hause gefühlt habe, auch in der Zeit vor Hitler. Wien war besonders antisemitisch eingestellt." ^a

Seit 1956 wohnt STENGEL mit seiner Frau in Sheffield. Die Ehe ist kinderlos geblieben. STENGELS Zwillingsbruder, der, als er noch berufstätig war, eine bescheidene Stellung in einem Geschäft hatte, lebt in New York. Seine um 14 Monate ältere Schwester lebt mit ihrer Tochter, einer Ärztin, in Australien. Ihr Zwillingsbruder starb in Auschwitz.

Im Jahre 1967 im Alter von 65 Jahren trat STENGEL wie alle Professoren in England vom Lehramt zurück. Er arbeitete dann drei Jahre lang als Psychiater in einem Gefängnis. Dabei war er besonders am Problem des Selbstmordes im Gefängnis interessiert. Auch hatte er während dieser Zeit eine Privatpraxis, die einem im Amte stehenden klinischen Professor grundsätzlich verboten ist. 1970 mußte sich STENGEL wegen eines Darmkrebses einer Operation unterziehen und war deshalb gezwungen seine Tätigkeit im Gefängnis aufzugeben.

Über seine letzte Arbeit teilte mir Professor STENGEL folgendes mit : In den letzten Jahren habe ich , zusammen mit einem deutschen und einem österreichischen Kollegen, die in England als Psychiater arbeiteten, die anatomischen und neurologischen Arbeiten von FREUD ins Englische übersetzt. Diese Arbeiten, deren Herausgeber ich bin, werden gemeinsam von einem englischen und einem amerikanischen Verleger publiziert werden. Ich habe eben das Vorwort zu der dreibändigen Ausgabe geschrieben, aber es wird wohl noch 2 Jahre dauern, bis sie erscheinen wird. ^a

STENGEL ist Ehrenmitglied von zahlreichen englischen und ausländischen neurologischen, psychologischen und psychiatrischen Gesellschaften. Außerdem ist er Präsident der "Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe". 1971 hat ihm die Universität Sheffield das Ehrendoktorat der Medizinischen Fakultät verliehen.

ERWIN STENGEL ist es als einzigem der ausgewanderten Psychiater gelungen Ordinarius zu werden und sich mit einem erst im Ausland neu begonnenen Forschungsgebiet einen Weltruf zu schaffen. Außerdem ist er ohne Zweifel zur Zeit der führende Selbstmord- und Selbstmordversuchsforscher der Welt.^b

Literatur

1. STENGEL, E.
Über den Ursprung der Nervenfasern der Neurohypophyse im Zwischenhirn. Arb. a. d. neurol. Inst. a. d. Wien. Univ. 28 : 25 - 37 (1926)
2. STENGEL, E.
Zur Pathologie der Ganglienzellen bei Hirnblutung. Arb. a. d. neurol. Inst. a. d. Wien. Univ. 28 : 119- 130 (1926)
3. STENGEL, E.
Über taktile Bewegungs- und Scheinbewegungswahrnehmung bei Störung der Oberflächensensibilität. Dtsch. Z. Nervenheilk. 99 : 31- 53 (1927)
4. STENGEL, E.
Zur Pathologie der letalen Hirnschwellung. (Ein Beitrag zur Kasuistik der Fernwirkung von Hirntumoren) Jb. Psychiat. Neurol. 45 : 187 - 200, Sept. 1, 1927
5. PARKER, S. / STENGEL, E.
Klinische Untersuchungen über die Stützreaktionen. Z. ges. Neurol. Psychiat. 112 : 747- 754 (1928)
6. SCHILDER, P. / STENGEL, E.
Schmerzasympolie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 113 : 143- 158 (1928)
und abstr. Klin. Wschr. 7 : 535- 537, March 18, 1928
7. SCHILDER, P. / STENGEL, E.
Über athetotische Bewegungen bei Tabes dorsalis. Z. ges. Neurol. Psychiat. 113 : 613- 639 (1928)
8. STENGEL, E.
Zur Klinik und Pathogenese der mit Sensibilitätsstörung verbundenen Spontanbewegungen. Z. ges. Neurol. Psychiat. 115 : 649- 686 (1928)
9. STENGEL, E.
Zur Kenntnis der Rückenmarkskompression durch Aortenaneurysma.
Med. Klin. 24 : 1475- 1476, Sept. 21, 1928

10. STENGEL, E.

Zur Klinik und Pathophysiologie des postencephalitischen Blickkrampfes.
Mschr. Psychiat. Neurol. 70 : 305- 338, Dec. 1928

11. SILBERMANN, J. / STENGEL, E.

Angiom und Syringomyelie. Mschr. Psychiat. Neurol. 73 : 265 -
292, Oct. 1929

12. STENGEL, E.

Zur Kenntnis psychischer Erkrankungen nach Leuchtgasvergiftungen.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 122 : 587- 596 (1929)

13. STENGEL, E.

Eigenartige optische Störungen nach Leuchtgasvergiftungen.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 122 : 597- 605 (1929)

14. STENGEL, E.

Akute ascendierende multiple Sklerose und Syringomyelie. Ein Beitrag
zur Frage der auslösenden Faktoren bei Syringomyelie. Z. ges. Neurol.
Psychiat. 122 : 800- 810, Jul. 1929

15. STENGEL, E.

Weitere Beiträge zur Kenntnis des postencephalitischen Blickkrampfes.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 127 : 441- 453 (1930)

16. HORN, L. / STENGEL, E.

Zur Klinik und Pathologie der Pick'schen Atrophie. Über die nosolo-
gische Stellung der "Pick'schen Krankheit". Z. ges. Neurol. Psychiat.
128 : 673- 701 (1930)

17. SCHILDER, P. / STENGEL, E.

Das Krankheitsbild der Schmerzasympolie. Z. ges. Neurol. Psychiat.
129 : 250- 279 (1930)

18. STENGEL, E.

Zur Rückbildung der motorischen Aphasie. Dtsch. Z. Nervenheilk.
116 : 60- 65 (1930)

19. STENGEL, E.

Morphologische und cytoarchitektonische Studien über den Bau der unteren Frontalwindung bei Normalen und Taubstummen. Ihre individuellen und Seitenunterschiede. Z. ges. Neurol. Psychiat. 130: 631- 677 (1930)

20. SCHILDER, P. / STENGEL, E.

Asymbolia for pain. Arch. Psychiat. Nervenkr. 25: 598- 600, March 1931

21. STENGEL, E.

Zur Rückbildung der motorischen Aphasie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 134: 1- 23 (1931)

22. HOFF, H. / STENGEL, E.

Über familiäre Narkolepsie. Klin. Wschr. 10: 1300- 1301, June 12, 1931

23. STENGEL, E.

Zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Zwangsneurose und Paranoia. Arch. Psychiat. Nervenkr. 95: 8- 23 (1931)

24. HARTMANN, H. / STENGEL, E.

Zur Psychologie des induzierten Irreseins. Arch. Psychiat. Nervenkr. 95: 584- 599 (1931)

25. STENGEL, E.

Zur Klinik der Progressiven Paralyse mit kolloidaler Degeneration. Vorläufige Mitteilung. Wien. med. Wschr. 82: 393- 395, March 19, 1932

26. BRUNNER, H. / STENGEL, E.

Zur Lehre von den Aphasien im Kindesalter. (Wortstummheit bei linksotogenem Schläfelappenabszess.) Z. ges. Neurol. Psychiat. 142: 430- 450 (1932)

27. STENGEL, E.

Zur Klinik und Pathologie der Paralyse mit kolloidaler Degeneration. Z. ges. Neurol. Psychiat. 143: 1- 37 (1932)

28. STENGEL, E.
Zur Lehre von der Leitungsaplasie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 149:
266- 291 (1933)
29. ZELMANOWICZ, J. / STENGEL, E.
Über polyglotte motorische Aphasie. Z. ges. Neurol. Psychiat. 149:
292- 311 (1933)
30. STENGEL, E.
Zur Pathologie des Körpererlebens bei Hirnkranken. Arch. Psychiat.
Nervenkr. 101 : 565- 576 (1933)
31. STENGEL, E.
Periodisches, unstillbares Erbrechen als Äquivalent der depressiven Phase
des manisch- depressiven Irreseins. Med. Klin. 48 : 1612- 1613, Nov. 24,
1933
32. STENGEL, E.
Zum Problem der Psychotherapie der Neurosen in der Klinik. Wien.
med. Wschr. 83 : 1400- 1403, Dec. 9, 1933
33. STENGEL, E.
Über ein eigenartiges myoklonisches Reflexphänomen bei einem Falle
von Jackson- Epilepsie. Mschr. Psychiat. Neurol. 88 : 216- 224 ,
Apr. 1934
34. STENGEL, E.
Über eine Gruppe von Krankheitsfällen mit Affektionen des Hirnstamms,
kombiniert mit peripherer Hirnnervenläsion (Neuroencephalitis). Dtsch.
Z. Nervenheilk. 137 : 221- 237 (1935)
35. STENGEL, E.
Zur Frage der Herdlokalisation bei spontanem Vertikalnystagmus.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 153 : 417- 424 (1935)

36. STENGEL, E.

Über die Bedeutung einer abgelaufenen Encephalitis lethargica für Entstehung und symptomatologische Gestaltung cerebraler Prozesse anderer Genese. Ein Beitrag zum Problem der erworbenen lokalen Vulnerabilität im Gehirn. Z. ges. Neurol. Psychiat. 153 : 425- 437 (1935)

37. STENGEL, E.

Zur Kenntnis der Triebstörungen und der Abwehrreaktionen des Ichs bei Hirnkranken. Int. Z. Psychoanal. 21 : 544- 560 (1935)

38. STENGEL, E.

Über psychische Zwangsphänomene bei Hirnkranken und ihre Bedeutung für die Lehre von der Zwangsneurose. Jb. Psychiat. Neurol. 52 : 236- 248 (1935)

39. STENGEL, E.

Zur Lehre von den transcortikalen Aphasien. Z. ges. Neurol. Psychiat. 154 : 778- 782 (1936)

40. STENGEL, E.

Prüfungsangst und Prüfungsneurose. Z. pädag. Psychol. 10 : 300- 320 (1936) und Alm. Psychoanal. Wien 164 - 193 (1938)

41. PAPPENHEIM, E. / STENGEL, E.

Zur Kenntnis atypischer Wirkungen des Tabakrauchens bei Hirnkranken. Arch. Psychiat. Nervenkr. 105 : 623- 645 (1936)

42. PÖTZL, O. / STENGEL, E.

Über das Syndrom Leitungsaplasie- Schmerzasymptholie. Jb. Psychiat. Neurol. 53 : 174- 207 (1936)

43. STENGEL, E.

Über die Bedeutung der prämorbidn Persönlichkeit für Verlauf und Gestaltung der Psychose. Die zwangsneurotische Persönlichkeit im schizophrenen Prozess. Arch. Psychiat. Nervenkr. 106 : 509- 553 (1937)

44. STENGEL, E.

Über ein periodisch auftretendes Syndrom : Steigerung der Speichelsekretion, parkinsonistische Motilität, melancholische Depression.

Arch. Psychiat. Nervenkr. 106 : 726-743 (1937)

45. PAPPENHEIM, E. / STENGEL, E.

Zur Psychopathologie der Rauchgewohnheiten. Ein Fall von Pyromanie.

Wien. klin. Wschr. 50 : 354-356, March 5, 1937

46. STENGEL, E.

Studien über die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Sprachstörung; zur Lehre von der Wortfindungsstörung und von der Paraphasie. Mschr.

Psychiat. Neurol. 95 : 129-173, Apr. 1937

47. STENGEL, E.

Studien über die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Sprachstörung; zur Lehre von der paralytischen Sprachstörung : Das Syndrom Dysarthrie,

Palilalie, Agrammatismus, Gesichtsapraxie. Jb. Psychiat. Neurol. 54 : 150-176 (1937)

48. STENGEL, E.

Studien über die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Sprachstörung; über die Sprachstörungen der Epileptiker. Jb. Psychiat. Neurol. 54 :

177-205 (1937)

49. STENGEL, E.

Studien über die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Sprachstörung; über Echolalie und verwandte Phänomene bei Idioten und Imbecillen.

Jb. Psychiat. Neurol. 54 : 206-240 (1937)

50. STENGEL, E.

Über die Bedeutung einer abgelaufenen Encephalitis lethargica für die Gestaltung von Krankheitsprozessen anderer Genese, Parkinsonistisches Syndrom im Verlaufe einer Melancholie. Wien. med. Wschr. 87 : 283-285, March 6, 1937

51. STENGEL, E. / ZELLMAYER, J.

Zur Kenntnis der Hyperkinesen nach Leuchtgasvergiftungen. Mschr. Psychiat. Neurol. 95 : 213-232, Apr. 1937

52. KAUTZKY, R. / STENGEL, E.
Epilepsia partialis continua bei Läsion des Stirnhirnes und des Thalamus opticus. Z. ges. Neurol. Psychiat. 163 : 362- 366 (1938)
53. STENGEL, E.
Grenzfälle zwischen Neurosen und Psychosen und deren Behandlung. Wien. klin. Wschr. 7 : 211- 213, Feb. 18, 1938
54. v. SCHÜRER, F. / STENGEL, E.
Epilepsia continua durch traumatisches Hämatom. Wien. klin. Wschr. 9 : 281- 282, Feb. 25, 1938
55. STENGEL, E.
Studies on the psychopathology of compulsive wandering; preliminary report. Brit. J. med. Psychol. 18 : 250- 254 (1939)
56. STENGEL, E.
On learning a new language. Int. J. Psycho- Anal. 20 : 471- 479 (1939)
57. HEMPHILL, R.E. / STENGEL, E.
A study on pure word- deafness. J. Neurol. Psychiat. 3 : 251- 262, Jul. 1940
58. HEMPHILL, R.E. / STENGEL, E.
Morgagni's Syndrome : A clinical and pathological study. J. ment. Sci. 86 : 341- 365, May 1940
59. HEMPHILL, R.E. / STENGEL, E.
On specific psychotic reaction of schizophrenics to physical illness. J. ment. Sci. 86 : 790- 798, Sept. 1940
60. HEMPHILL, R.E. / STENGEL, E.
Subacute combined degeneration of unknown origin with extensive involvement of brain. J. ment. Sci. 87 : 77- 87, Jan. 1941
61. HEMPHILL, R.E. / STENGEL, E.
Alzheimer's disease with pre- dominating crossed cerebro- cerebellar hemiatrophy. J. Neurol Psychiat. 4 : 97- 106, Apr. 1941

62. STENGEL, E.

On the aetiology of the fugue states. J. ment. Sci. 87: 572- 599,
Oct. 1941

63. STENGEL, E.

Paul Schilder (Nachruf) Int. Z. Psycho- Anal. 26: 377- 379 (1941)

64. STENGEL, E.

A study on the symptomatology and differential diagnosis of Alzheimer's
disease and Pick's disease. J. ment. Sci. 89: 1- 20, Jan. 1943

65. STENGEL, E.

Further studies on pathological wandering. (Fugues with impulse to
wander .) J. ment. Sci. 89: 224- 241, Apr. 1943

66. STENGEL, E. / PATERSON, M.T.

Apperceptive blindness in Lissauer's dementia paralytica. J. Neurol.
Psychiat. 6: 83 - 86, Jul. - Oct. 1943

67. STENGEL, E.

Loss of spatial orientation, constructional apraxia and Gerstmann's
syndrome. J. ment. Sci. 90: 753- 760, Jul. 1944

68. STENGEL, E.

Air raid phobia. Brit. J. med. Psychol. 20: 135- 143 (1944)

69. FITZGERALD, G. / STENGEL, E.

Vestibular reactivity to caloric stimulation in schizophrenics; prelimi-
nary report. J. ment. Sci. 91: 93- 100, Jan. 1945

70. STENGEL, E.

A study on some clinical aspects of the relationship between obsessional
neurosis and psychotic reaction types. J. ment. Sci. 91: 166- 187,
Apr. 1945

71. STENGEL, E.

The pathology of stationary general paralysis following treatment.
Edinb. J. 52: 206- 212, Jun. 1945

72. STENGEL, E. / MAYER- GROSS, W.
Observations in hypoglycaemia : disorders of speech. J. ment. Sci.
91 : 311- 317, Jul. 1945
73. STENGEL, E. / WILSON, W.E.J.
Jakob- Creutzfeldt disease. J. ment. Sci. 92 : 370- 378, Apr. 1946
74. STENGEL, E. / STEELE, G.D.F.
Unawareness of physical disability (anosognosia). J. ment. Sci.
92 : 379- 388, Apr. 1946
75. STENGEL, E.
A clinical and psychological study of echo- reactions. J. ment. Sci.
93 : 598- 612, Jul. 1947
76. STENGEL, E.
The syndrome of visual alexia with colour agnosia. J. ment. Sci.
94 : 46- 58, Jan. 1948
77. STENGEL, E.
Some clinical observations on the psychodynamic relationship between
depression and obsessive- compulsive symptoms. J. ment. Sci.
94 : 650- 652, Jul. 1948
78. STENGEL, E.
The application of psychoanalytical principles to the hospital in- patient.
J. ment. Sci. 94 : 773- 781, Jul. 1948
79. STENGEL, E. / CARSE, J.
A follow- up investigation of 330 cases treated by prefrontal leucotomy.
(preliminary report) Act. luso- esp. Neurol. 7 : 312 (1949)
80. STENGEL, E.
A follow- up investigation of 330 cases treated by prefrontal leucotomy.
J. ment. Sci. 96 : 633- 662, Jul. 1950
81. STENGEL, E.
Borderlands of neurology and psychiatry. Recent. Progr. Psychiat.
2 : 416- 447 (1950)

82. STENGEL, E.
Suicide. Recent. Progr. Psychiat. 2 : 691- 703 (1950)
83. STENGEL, E.
Intensive electro- convulsive therapy. J. ment. Sci.
97 : 139- 142 (1950)
84. STENGEL, E.
The diagnosis and treatment of obsessional states.
Med. Press 113 : 134- 136 (1951)
85. STENGEL, E. / EZRIEL, H. / FARRELL, B.A.
The scientific testing of psycho- analytic findings and theory.
Brit. J. med. Psychol. 24 : 26- 41 (1951)
86. STENGEL, E.
Patient's attitudes to leucotomy and its effects.
J. ment. Sci. 98 : 382- 388, Jul. 1952
87. STENGEL, E.
Enquiries into attempted suicide. Proc. roy. Soc. Med.
45 : 613- 620, Sept. 1952
88. STENGEL, E.
Die Bedeutung von Freuds Aphasiestudie für die Psychoanalyse.
Psyche (Heidelberg) 8 : 17- 24, Apr. 1954
89. STENGEL, E.
The origine and the status of dynamic psychiatry.
Brit. J. med. Psychol. 27 : 193- 200 (1954)
90. STENGEL, E. / COOK, N.G.
Recent research into suicide and attempted suicide. J. forens. Med.
1 : 252- 259, Jul. - Sept. 1954
91. STENGEL, E.
A re- evaluation of Freud's book "On Aphasia". Its significance
for psychoanalysis. Int. J. Psycho- Anal. 35 : 85- 89 (1954)

92. STENGEL, E. / PATCH, J.C.L.
"Central" aphasia associated with parietal symptoms.
Brain 78 : 401- 416, Sept. 1955
93. STENGEL, E. / OLDHAM, A.J. / EHRENBURG, A.S.C.
Reactions to pain in various abnormal mental states. *J. ment. Sci.*
101 : 52- 69, Jan. 1955
94. STENGEL, E.
The social effects of attempted suicide. *Canad. med. Ass. J.*
74 : 116- 120, Jan. 15, 1956
95. STENGEL, E.
Freud's impact on psychiatry. *Brit. med. J.*
1 : 1000- 1003, May 5, 1956
96. POLLITT, J. / PIPPARD, J. / STENGEL, E.
Discussion : obsessive compulsive states. *Proc. roy. Soc. Med.*
49 : 842- 849, Oct. 1956
97. STENGEL, E.
Die Wurzeln der Psychoanalyse in der Biologie. In : Frankfurter
Beiträge zur Soziologie Bd. 6 : Freud in der Gegenwart.
185- 194, Frankfurt 1957
98. STENGEL, E.
Was ist dynamische Psychiatrie? In : Frankfurter Beiträge zur Soziologie
Bd. 6 : Freud in der Gegenwart. 195- 206, Frankfurt 1957
99. STENGEL, E.
Concepts of schizophrenia. *Brit. med. J.* 5028 : 1174- 1176,
May 18, 1957
100. STENGEL, E. / COOK, N.G.
Attempted suicide : its social significance and effects.
London 136 pp (1958)
101. STENGEL, E. / ZEITLYN, B.B. / RAYNER, E.H.
Postoperative psychoses. *J. ment. Sci.* 104 : 389- 402, Apr. 1958

102. STENGEL, E. / OLDHAM, A.J. / EHRENBURG, A.S.C.
Reactions of low-grade mental defectives to pain.
J. ment. Sci. 104 : 411- 420, Apr. 1958
103. STENGEL, E.
GROSSBRITANNIEN, Gegenwärtiger Stand und Entwicklungstendenzen der Neurosenlehre und Psychotherapie. In : Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie 1 : (Allgemeine Neurosenlehre und Psychotherapie) 105- 112 (1959) Berlin
104. STENGEL, E.
Reflections on the teaching of Psychiatry.
J. ment. Sci. 104 : 772- 782, Jul. 1958
105. STENGEL, E.
Classification of mental disorders. Bull. Wld. Hlth. Org.
21 : 601- 663 (1959)
106. STENGEL, E.
Attempted suicide and the law. Med. leg. J. (Camb.)
27 : 114- 120 (1959)
107. STENGEL, E.
Some unexplored aspects of suicide and attempted suicide.
Comprehens. Psychiat. 1 : 71- 79, Apr. 1960
108. STENGEL, E.
Old and new trends in suicide research.
Brit. J. med. Psychol. 33 : 283- 286 (1960)
109. STENGEL, E.
The complexity of motivations to suicidal attempts.
J. ment. Sci. 106 : 1388- 1393, Oct. 1960
110. STENGEL, E.
The Sheffield plan. Lancet 2 : 418- 419, Aug. 19, 1961
111. STENGEL, E. / COOK, N.G.
Contrasting suicide rates in industrial communities.
J. ment. Sci. 107 : 1011- 1019, Nov. 1961

112. STENGEL, E.
Self-destructiveness and selfpreservation. Bull. Menninger
Clin. 26 : 7- 17, Jan. 1962
113. STENGEL, E.
Recent research into suicide and attempted suicide. Amer. J.
Psychiat. 118 : 725- 727, Feb. 1962
114. STENGEL, E.
Self-destructiveness and self-preservation..Clin. Med.
69 : 2275- 2279, Oct. 1962
115. STENGEL, E.
Attempted suicide. Its management in the general hospital.
Lancet 1 : 233- 235, Feb. 2, 1963
116. STENGEL, E.
A textbook of medicine in general practice. The suicide problem
in general practice. Med. Wld. Ann. 99 : 21- 24, May 1963
117. STENGEL, E.
Hughlings JACKSON'S influence in psychiatry. Brit. J.
Psychiat. 109 : 348- 355, May 1963
118. STENGEL, E.
The suicidal patient in the general hospital. Nurs. Times
59 : 1083- 1084, Aug. 30, 1963
119. STENGEL, E.
Suicide and attempted suicide. Harmondsworth, Middlesex,
Penguin Books LTD. , England 1964
120. STENGEL, E.
Psychopathology of dementia. Proc. roy. Soc. Med.
57 : 911- 914, Oct. 1964
121. PARKIN, D. / STENGEL, E.
Incidence of suicidal attempts in an urban community.
Brit. med. J. 5454 : 133- 138, Jul. 17, 1965

122. STENGEL, E.
Suicide by poisoning, 6. Some controversial aspects of attempted suicide. Nurs. Times 61 : 1143- 1144, Aug. 20, 1965
123. STENGEL, E.
Pain and the psychiatrist. Brit. J. Psychiat. 111 : 795- 802, Sept. 1965
124. STENGEL, E.
The suicide problem up to date. Curr. Med. Drugs. 6 : 3- 17, Feb. 1966
125. STENGEL, E.
Attitudes to death. J. Psychosom. Res. 10 : Jul. 21, 1966
126. STENGEL, E.
Progress in psychiatry. Brit. J. Psychiat. 113 : 1- 9, Jan. 1967
127. STENGEL, E.
Der Psychiatrieunterricht in England. Wien. Klin. Wschr. 79 : 933- 934, Dec. 15, 1967
128. STENGEL, E.
Mental health aspects. J. Roy. Coll. Gen. Practit. 15 :
Suppl. 2 : 43- 49, Feb. 1968
129. STENGEL, E.
Psychiatric problems in accident departments (Letter to the editor)
Lancet 1 : 1096- 1097, May 31, 1969
130. STENGEL, E.
Selbstmord und Selbstmordversuch. Fischer Verlag p. 153
Frankfurt a.M. 1969
131. STENGEL, E.
Recent progress in suicide research and prevention.
Israel. Ann. Psychiat. 7 : 127- 137, Nov. 1969
132. STENGEL, E.
Attempted suicide. Brit. J. Psychiat. 116 : 237- 238, Feb. 1970

133. STENGEL, E.

Pain and psychological illness. Bibl. Psychiat. Neurol.

143 : 173- 177 (1970)

a. Persönliche Mitteilung von Prof. E. Stengel

b. Persönliche Mitteilung von Prof. Kalinowski

c. Notiz über den Autor in : 99 : Was ist dynamische Psychiatrie.

Freud in der Gegenwart. 195- 206 Frankfurt a. M. 1957

Anschrift von Prof. Stengel :

Prof. Erwin STENGEL, M.D.

7, Montrose Court,

Hill Turrets Close

Sheffield SM, 9 RF, England.

Bei Herrn Prof. Dr. U.H. Peters bedanke ich mich für die Leitung der informativen Doktorandenseminare sowie für sein wohlwollendes Interesse und die kritischen Durchsichten der Arbeit.

Herrn Prof. E. Stengel danke ich für die Überlassung seiner biographischen Mitteilungen für diese Arbeit.

Lebenslauf

Name	Nikolaus Robert Diether
Geburtstag	15. April 1945
Geburtsort	Leimersheim/ Gernersheim
Staatsangehörigkeit	deutsch
Familienstand	verheiratet mit der Medizinstudentin Germaine Diether- Vasseur, geb. Vasseur

Schulausbildung:

1952 - 1956	Besuch der Volksschule in Ludwigshafen/Rh. Mundenheim
1956- 1962	Besuch des neusprachlichen Zweiges des Theodor- Heuss Gymnasiums in Ludwigshafen/Rh.
1962- 1965	Besuch des Neusprachlichen Tullagymnasiums in Mannheim
1965- 1967	2 jähriger Wehrdienst in Koblenz

Studium:

1.4.1967	Beginn des Medizinstudiums an der Johannes- Gutenberg- Universität in Mainz
8.10.1969	Physikum in Mainz
1.12.1972	Staatsexamen in Mainz
1973 - 1974	Medizinalassistentenzeit: Januar - April Universitätskinderklinik in Mainz; Mai- August I. Med. Klinik der Universitäts- kliniken in Mainz; Oktober 1973 - Februar 1974 Chirurgische Aus- bildung im Alice-Krankenhaus in Mainz
1. März 1974	Approbation

Seit 1. März 1974 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Physiologischen Institut der
Universität Mainz bei Prof. Dr. Dr. G. Thews.

Mainz, den 15.7.1974

Nikolaus Diether

Nikolaus Robert DIETHER

65 Mainz

Lindenschmitstr. 55

